
BACHELORARBEIT

Frau
Britta Katherina Nakovics

**Betriebliches Gesundheitsmanage-
ment: Kommunikationskonzepte
gegen Alkohol**

2018

BACHELORARBEIT

Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kommunikationskonzepte gegen Alkohol

Autorin:
Frau Britta Katherina Nakovics

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM15sP2-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. Edgar Unger

Einreichung:
Mannheim, den 08. Januar 2018

BACHELOR THESIS

Corporate Health Management: communication concepts against alcohol

author:

Ms. Britta Katherina Nakovics

course of studies:

Health Management

seminar group:

GM15sP2-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:

Dr. Edgar Unger

submission:

Mannheim, January 8th, 2018

Bibliografische Angaben

Nakovics, Britta Katherina

Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kommunikationskonzepte gegen Alkohol

Corporate Health Management: communication concepts against alcohol

55 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2018

Abstract

Die Bachelor Thesis befasst sich mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und den Kommunikationskonzepten gegen Alkohol. Die Bedeutung des BGMs mit der Definition von Gesundheit und die Erkrankung an Alkoholismus werden umfassend erläutert und diese miteinander in Verbindung gesetzt. Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden dabei vergleichend gegenübergestellt. Auf Alkoholismus am Arbeitsplatz wird konkret Bezug genommen. Anhand des Systemmodells nach Bonfadelli wird zudem das Kampagnenmanagement explizit im Gesundheitsbereich erklärt. Anschließend wird als Praxisbeispiel die Präventionskampagne gegen Alkohol „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) analysiert und die Aktionswoche Alkohol – „Alkohol? Weniger ist besser!“ wird vorgestellt. Zum Schluss wird Alkoholismus in der Gesellschaft kritisch gewürdigt und Handlungsempfehlungen, sowie die Erfolgsfaktoren und Zukunftsperspektive des Kampagnenmanagements werden aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
Abbildungsverzeichnis.....	XI
Tabellenverzeichnis.....	XII
1 Einleitung: Problemstellung, Zielsetzung und Aufbau.....	1
2 Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	2
2.1 Definition betriebliches Gesundheitsmanagement	2
2.2 Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements	3
2.2.1 Definition Gesundheit	3
2.2.2 Ottawa-Charta	3
2.2.3 Luxemburger Deklaration	3
2.3 Abgrenzung zur betrieblichen Gesundheitsförderung	4
2.4 Unterscheidung Prävention und Gesundheitsförderung	4
2.4.1 Prävention: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	4
2.4.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	5
2.4.3 Gesundheitsförderung	6
2.5 Pathogenese, Salutogenese, Kohärenzgefühl und Resilienz.....	6
2.6 Ziele, Strategien und Zielgruppen	7
2.7 Bedeutung und Notwendigkeit in Unternehmen	9
2.8 Akteure	9
2.9 Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	10
2.10 Finanzierung	10
3 Alkoholismus – Definition und Wirkung von Alkohol.....	11
3.1 Ursprung und Entwicklung von Alkohol.....	11
3.2 Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit.....	12
3.2.1 Ursache für Alkoholismus: Risiko- und protektive Faktoren.....	13
3.2.2 Folgeschäden und -erkrankungen.....	14
3.3 Epidemiologische Daten.....	15
3.4 Volkswirtschaftliche Kosten.....	16
3.5 Alkohol als gesellschaftliches Problem – die Kehrseite	16
3.6 Die Hauptstellen gegen Suchtgefahr.....	17

3.7	Suchttherapie und -behandlung	18
3.7.1	Hierarchie der Therapieziele und Prinzipien der Behandlung.....	18
3.7.2	Die vier Phasen der Suchtbehandlung.....	19
3.7.3	Motivierende Gesprächsführung	20
4	Alkoholismus am Arbeitsplatz	21
4.1	Gründe für Alkoholismus in der Arbeitswelt	21
4.2	Merkmale von Alkoholgefährdung und -abhängigkeit im Betrieb.....	22
4.3	Auswirkungen von Alkoholismus am Arbeitsplatz	23
4.4	Gesetzliche und betriebliche Regelungen.....	24
4.4.1	Gesetzliches Alkoholverbot	24
4.4.2	Berufsgenossenschaftliches Alkoholverbot.....	24
4.4.3	Betriebliches Alkoholverbot – absolutes Alkoholverbot	24
4.4.4	Betriebliches Alkoholverbot – abgestuftes Alkoholverbot	25
4.4.5	Rechtsfolgen.....	25
4.5	Betriebliche Alkoholprävention und Maßnahmen bei Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	25
4.5.1	Betriebliche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit.....	26
4.5.2	Verhaltens- und Verhältnisprävention bei Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit.....	27
4.5.3	Aufbau eines betrieblichen Präventionsprogramms	27
4.5.4	Stufenplan des betrieblichen Hilfsprogramms	28
5	Kampagnenmanagement im Gesundheitsbereich.....	29
5.1	Definition Kampagnenmanagement	29
5.2	Systemmodell von Kommunikationskampagnen	31
5.2.1	Kampagnen-Input.....	32
5.2.2	Problemanalyse	32
5.2.3	Zielgruppenbestimmung.....	32
5.2.4	Ziele: Verhaltens- und Verhältnisänderung.....	33
5.2.5	Strategie.....	34
5.2.6	Kampagnen-Output – Kommunikationsinstrumente.....	34
5.2.7	Cross Media.....	35
5.2.8	Evaluation.....	37
5.3	Rezeption: Einstellungstheorien und Reaktanz Problematik.....	38
6	Präventionskampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“	39
6.1	Kampagnen-Input	39
6.2	Problemanalyse.....	40

6.3	Zielgruppe.....	41
6.4	Ziele	42
6.5	Strategie.....	42
6.6	Kampagnen-Output – Kommunikationsinstrumente – Visualisierung.....	43
6.6.1	Erste Kampagnenetappe (2009 – 2012)	43
6.6.2	Zweite Kampagnenetappe (2012 – 2013).....	44
6.6.3	Kampagnen-Relaunch (2014/15 – 2016)	45
6.6.4	Dritte Kampagnenetappe (2017 – dato)	47
6.6.5	Kommunikationsinstrumente – die Konsistenz und crossmediale Verknüpfung.....	48
6.7	Evaluation.....	51
7	Kampagne innerhalb der Betriebe: Die Aktionswoche „Alkohol? – Weniger ist besser!“	53
8	Schlussbetrachtung: Handlungsempfehlungen, Erfolgsfaktoren und Zukunftsperspektiven	55
	Literaturverzeichnis.....	XI
	Anlagen.....	XVIII
	Eigenständigkeitserklärung.....	XX

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonymous-Alcoholics (dt. Anonyme-Alkoholiker)
AGS	Arbeits- und Gesundheitsschutz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption
BADS	Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr
BAK-Werte	Blutalkoholkonzentrations-Werte
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BKD	Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
BKE	Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSW	Stiftung Bahn Sozialwerk
BVEK	Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CaSu	Caritas Suchthilfe e.V.
CD	Corporate Design
CO ₂	Kohlenstoffdioxid

DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DIN SPEC	Deutsches Institut für Normung Standard Performance Evaluation Corporation
dkfz.	Deutsches Krebsforschungszentrum
DRV	Deutscher Rentenversicherungsbund
DSM-IV	Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders IV (dt. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen IV)
DVR	Deutscher Verkehrssicherheitsrat
ENWHP	European Network For Workplace Health Promotion (dt. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung)
EstG	Einkommenssteuergesetz
FAW	Fachverband für Außenwerbung
GEK	Gruppe der Ersatzkassen
GG	Grundgesetz
ICD10	Statistical International Classification of Diseases 10th Revision (dt. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10te Revision)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (dt. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
I.O.G.T.	International Organization of Good Templars
ITVA	Integrated TV und Video Association
JArbschG	Jugendarbeitsschutzgesetz

JSchG	Jugendschutzgesetz
NGO	Non-Governmental-Organisationen
NPO	Non-Profit-Organisationen
PKV	Private Krankenversicherung
QR-Code	Quick-Response-Code
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense Of Coherence (dt. Kohärenzgefühl)
StGB	Strafgesetzbuch
StVG	Straßenverkehrsgesetz
SWZ	Nürnberger Agentur – Schultze. Walther. Zahel.
UVV	Unfallverhütungsvorschrift
VBG	Verwaltungsberufsgenossenschaft
WHO	World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pfannstiel/Mehlich 2016, S. VI)	2
Abbildung 2: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann/Richter 2013, S. 125)	7
Abbildung 3: Teilpopulationen und Interventionstypen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wienberg 2002, S. 26)	27
Abbildung 4: Stufenschema zum Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Längle/Günthner/Mann 1995, S. 157)	28
Abbildung 5: Systemmodell von Kommunikationskampagnen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bonfadelli/Friemel 2010, S. 25)	31
Abbildung 6: 8 Kriterien: Ist eine Kampagne "crossmedial"? (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mahrtdt 2009, S. 18)	37
Abbildung 7: Integriertes Kampagnenkonzept der drei Teilkampagnen (Quelle: Eigene Darstellung mit Bearbeitung in Anlehnung an Goecke 2012)	39
Abbildung 8: Kampagnenkonzeption: Darstellung des strukturellen Aufbaus der Jugendkampagne "ALKOHOL? Kenn dein Limit." (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Goecke 2013, S. 219)	43
Abbildung 9: Massenkommunikation (2009-2012) (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Goecke 2012)	44
Abbildung 10: Massenkommunikation (2012-2013) (Quelle: Eigene Darstellung mit Bearbeitung in Anlehnung an Goecke 2012)	45
Abbildung 11: Massenkommunikation - Relaunch (2014/15-2016) (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ECON FORUM 2017)	46
Abbildung 12: Massenkommunikation (2017-dato) (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA 2017)	47
Abbildung 13: Print-Medien im Comic-Stil der dritten Kampagnenetappe (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA 2017)	48
Abbildung 14: Screenshots-Zuschnitt des Video-Spots zum Econ Award 2017 Silber (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ECON FORUM 2017)	49
Abbildung 15: Die Postkarten und die Kampagnenwebsite mit den 3 Comic-Motiven (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA 2017)	50
Abbildung 16: Crossmediale Verknüpfung – Mechanik (Quelle: Eigene Darstellung)	51
Abbildung 17: Die Aktionswoche Alkohol 2019 „Alkohol? - Weniger ist besser!“ (Quelle: DHS 2017)	54
Abbildung 18: Zielhierarchie in der Suchtbehandlung (modifiziert nach Maslow 1954, Körkel 1988 (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Soyka/Küfner 2008, S. 315)	XIX

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Leppin 2007, S. 33)

Tabelle 2: Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lehner/Kepp 2016, S. 15)

Tabelle 3: Prävalenz von Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat) unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lehner/Kepp 2016, S. 16)

1 Einleitung: Problemstellung, Zielsetzung und Aufbau

Im internationalen Vergleich ist der Konsum von Alkohol in Deutschland sehr hoch. In den letzten Jahren kam es zwar zu einem Rückgang, jedoch ist dieser relativ gering. Im Jahr 2014 lag der Pro-Kopf-Konsum an Reinalkohol in Deutschland bei 9,6 Liter (Vgl. John/Hanke/Meyer/Freyer-Adam 2016, S. 39). Alkoholkonsum am Arbeitsplatz ist daher ein wichtiges Thema, denn Alkoholismus macht auch vor den Betrieben nicht halt. „[...] Jeder achte bis jeder zwanzigste Arbeitnehmer [ist] alkoholabhängig“ (Kring 2013) und bei „20 bis 25 % aller Arbeitsunfälle sind Personen unter Alkoholeinfluss involviert (Arbeitsunfälle, die zu einer Verletzung des Konsumenten selbst oder von Dritten führen)“ (Raiser/Bartsch 2014). Würde man die Arbeitnehmer mit riskanten hohen Konsum dazu zählen, ist jeder Vierte von ihnen gefährdet (Vgl. Kring 2013). Durch Alkoholismus kommt es in Betrieben zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Ein gesetzliches Verbot von Alkoholkonsum am Arbeitsplatz existiert nicht. Dies zeigt wie wichtig Maßnahmen für eine effektive betriebliche Suchtprävention sind. Dem BGM kommt dabei eine große Bedeutung zu. Alkoholkonsum wird vielfach von der Gesellschaft akzeptiert und die Gefahren und Risiken verharmlost. Viele Alkoholabhängige nehmen keine spezifische Therapie in Anspruch. „Etwa 70 % der Alkoholabhängigen in Deutschland haben in ihrem Leben noch nie eine suchtspezifische Beratung beansprucht [...]“ (Grosshans/Thoms/Mann 2016, S. 99). Die Alkoholindustrie strebt danach viele Zielgruppen zu Alkoholkonsum zu animieren, um den Alkoholverbrauch zu steigern. Dabei sprechen sie insbesondere Jugendliche an (Vgl. John/Hanke/Meyer/Freyer-Adam 2016, S. 51). Das Kampagnenmanagement dient als Mittel zur Prävention von Alkoholismus. Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich werden daher zur Aufklärung und Sensibilisierung für die Problematik von Alkoholkonsum der gesamten Bevölkerung, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, aber auch für die Betriebe, eingesetzt. Das Ziel der Bachelor-Thesis ist die hohe Relevanz der Erkrankung an Alkoholismus und deren Therapie und Behandlung aufzuzeigen, sowie die verschiedenen Möglichkeiten für die Eindämmung von Alkoholismus darzustellen. Die Bachelor Thesis unterteilt sich in insgesamt acht Kapiteln. Die Einleitung zeigt die Problemstellung, Zielsetzung und den Aufbau der Bachelor Thesis auf. Im zweiten Kapitel wird das BGM mit seiner Entwicklung genauer beleuchtet und die wichtigsten Begriffe hierzu werden erläutert. Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Ursprung und Entwicklung von Alkohol, der Erkrankung Alkoholismus, der Abgrenzung von Missbrauch und Abhängigkeit, mit den möglichen Folgeschäden und -erkrankungen, epidemiologischen Daten, volkswirtschaftlichen Kosten, Alkohol als gesellschaftliches Problem, die Hauptstellen gegen Suchtgefahr, sowie der Suchttherapie und -behandlung. Das vierte Kapitel nimmt speziell Bezug auf die Gründe für Alkoholismus in Betrieben, Merkmale, Auswirkungen und gesetzlichen bzw. betrieblichen Regelungen von Alkoholismus, sowie auf die betriebliche Prävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Die von der Gesellschaft unterschätzten Gefahren und Risiken der Erkrankung an Alkoholismus werden hierzu problematisiert und mit der Arbeitswelt in Verbindung gebracht. Das fünfte Kapitel erläutert das Kampagnenmanagement explizit im Gesundheitsbereich nach dem Systemmodell von Kommunikationskampagnen nach Bonfadelli und nimmt Bezug auf die Problematik der Reaktanz. Das sechste Kapitel umfasst das Praxisbeispiel, den Verlauf der Kampagne und die dazugehörige Analyse der Präventionskampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ der BZgA. Das siebte Kapitel stellt die Aktionswoche Alkohol – „Alkohol? Weniger ist besser!“ vor. Sie ist eine Kampagne, die auch in den Betrieben zur Alkoholprävention durchgeführt wird. Das letzte Kapitel bildet die Schlussbetrachtung der Bachelor Thesis und zeigt mögliche Handlungsempfehlungen, Erfolgsfaktoren des Kampagnenmanagements und eine Zukunftsperspektive auf.

2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das BGM, als Führungsaufgabe, ist in das Managementsystem integriert und gleichzeitig mit einer nachhaltigen Personal-, sowie Unternehmensentwicklung verknüpft. Es werden hierbei Managementinstrumente eingesetzt und auf eine nachhaltige Verankerung in Strukturen und Prozessen geachtet. Das BGM, als Dachorganisation, integriert verschiedene Handlungsfelder, die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), der Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), die Personalpflege, sowie spezifische Bereiche der Personal- und Organisationsentwicklung. Es stellt so die Weichen für die Zukunft des Unternehmens. Die praktische Umsetzung des BGM Prozesses erfolgt nach dem Leitfaden, dem sechs Phasen-Modell: Bedarfsbestimmung, Analyse, Interventionsplanung, Maßnahmen, Evaluation und Nachhaltigkeit.

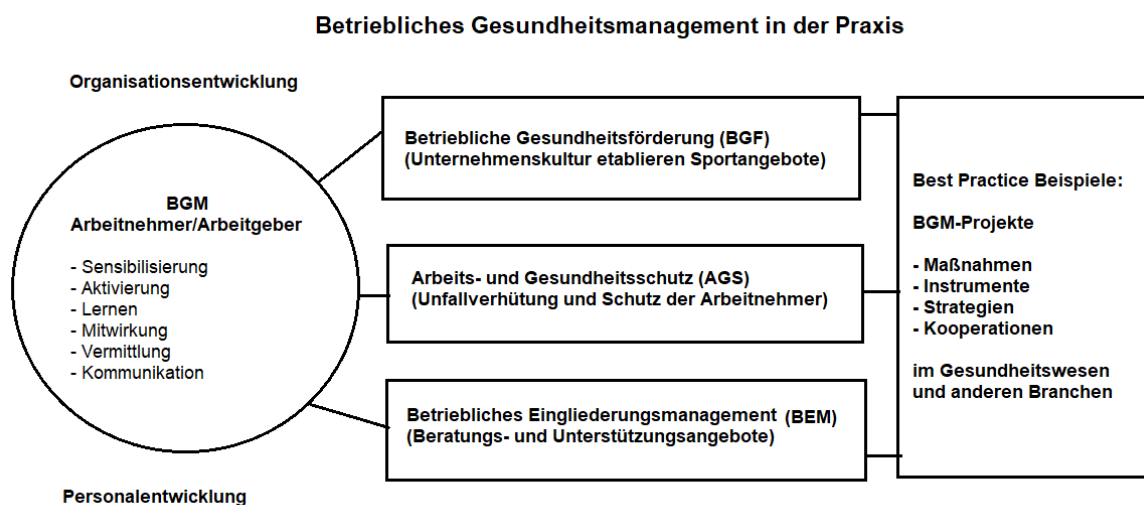


Abbildung 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pfannstiel/Mehlich 2016, S. VI)

2.1 Definition betriebliches Gesundheitsmanagement

Eine eindeutig festgelegte Definition des BGM existiert nicht. BGM wird verstanden als „[...] die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura/Walter/Hehlmann 2010, S. 33). Es gibt noch kein allgemein anerkanntes betriebliches Gesundheitsmanagementsystem. Seit 2012 gibt es jedoch mit DIN SPEC 91020 („Deutsches Institut für Normung Standard Performance Evaluation Corporation“) einen allgemeinen Standard für das BGM.

„BGM: „Systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Verhalten.“ (DIN SPEC 91020, 2012:7)“ (Uhle/Treier 2015, S. 38).

Diese Spezifikation legt Minimalanforderungen für ein betriebliches Gesundheitsmanagementsystem fest und unterstützt Organisationen bei Aufbau und Einführung eines BGMs.

2.2 Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das Gesundheitsverständnis hängt stark von der eigenen subjektiven Wahrnehmung ab. Fast alle Bereiche des Lebens, biologische, soziale und psychische Einflüsse, wirken auf die Gesundheit des Menschen ein. „Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ (Neuner 2016, S. 2). Für den Gesundheitsbegriff gibt es eine Vielzahl an Definitionen, jedoch die am häufigsten verwendete Definition ist die der Weltgesundheitsorganisation (engl. „World Health Organization“, Abk. „WHO“) aus dem Jahre 1946.

2.2.1 Definition Gesundheit

Nach der WHO ist Gesundheit „[...] der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Franke 2017, S. 190). Die Definition des Gesundheitsbegriffs der WHO wird als die Grundlage zum BGM und auch zur BGF angesehen. Allein die Abwesenheit von Krankheit reicht nach dieser Definition nicht aus, um den Gesundheitsbegriff allumfassend verstehen zu können. Als weitere Indikatoren, neben der physiologischen und psychologischen Funktionalität, sind die Lebensqualität und Zufriedenheit für das Verständnis von Gesundheit von Bedeutung. Der Gesundheitsbegriff wird mit mehreren Dimensionen, der Störungsfreiheit, dem Wohlbefinden, der Leistungsfähigkeit, dem Gleichgewichtszustand, der Flexibilität und der Anpassung, verbunden.

2.2.2 Ottawa-Charta

Die Definition vom BGM ist zudem mit zurückzuführen auf die Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahre 1986. Diese ist das Grundsatzdokument für die BGF und wurde auf der ersten internationalen Konferenz der WHO in Ottawa verabschiedet. Sie ist als ein wesentlicher Impuls für das BGM anzusehen. Mit ihr wurde die Gesundheitsförderung auf dem Arbeitsbereich ausgedehnt. Seit 1988 sieht die WHO Gesundheit als Kompetenz des Individuums an. Jeder Einzelne ist für seine eigene Gesundheit und deren Aufrechterhaltung verantwortlich. Alle Prozesse, sei es sozialer, körperlicher oder psychischer Art, stehen miteinander stets in Wechselwirkung. Für die Gesundheit ist nicht nur der Schutz vor Risiken, sondern auch die Förderung und Gestaltung von Gesundheitspotenzialen mit entscheidend. In der Ottawa-Charta wurde 1986 dieses Gesundheitsverständnis entsprechend ausformuliert: „Gesundheit wird hier als die Fähigkeit bzw. Kompetenz des Individuums beschrieben, die eigenen Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und damit angemessen auf die Herausforderungen der Umwelt zu reagieren“ (Uhle/Treier 2015, S. 8). Der Gesundheitsbegriff wandelte sich damit im Verständnis zur Selbstregulationskompetenz jedes Einzelnen.

2.2.3 Luxemburger Deklaration

Ein weiterer Meilenstein war die Verabschiedung der Luxemburger Deklaration im Jahre 1997 vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (engl. „European Network For Workplace Health Promotion“, Abk. „ENWHP“).

„Als ganzheitlicher Ansatz sollten „alle gemeinsamen Aktivitäten betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz“ (Esslinger 2010, S. 32) herangezogen werden“ (Ternès/Klenke/Jerusel/Schmidtbleicher 2017, S. 4).

Das Ziel der Luxemburger Deklaration war die Gesundheitsförderung und den Arbeitsschutz in Unternehmen zu unterstützen und deren Wichtigkeit zu betonen. Sie enthält sowohl national, als auch internationale anerkannte Grundsätze für „gesunde Beschäftigte in gesunden Unternehmen“.

2.3 Abgrenzung zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Häufig wird der Begriff BGM mit dem Begriff der BGF synonym verwendet. BGF ist jedoch nicht mit dem BGM gleichzusetzen, sondern ist ein wichtiger Bestandteil des BGMs. BGF wird in der Ottawa-Charta definiert als

„[...] „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Individuen und Gruppen sollen ihre Bedürfnisse wahrnehmen und ihre Lebensumstände verändern können“ (Altgeld/Kolip 2007, S. 44).

Sie umfasst dabei alle Maßnahmen für die Förderung und des Erhalts der Gesundheit der Mitarbeiter in einer Organisation. „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (vgl. BKK Bundesverband 2005)“ (Spicker/Schopf 2007, S. 36). Die Grundsätze der BGF sind die vier Leitlinien der Partizipation, der Integration, des Projektmanagements und der Ganzheitlichkeit. Die Aktivitäten der BGF werden durch das BGM mit Hilfe von Methoden des Managements gelenkt und in die Organisation des Unternehmens umgesetzt. Das BGM wird als Dach über den drei Säulen der BGF, des BEMs und des öffentlich-rechtlichen AGS, einschließlich der Arbeitsgestaltung verstanden. Das Grundverständnis des BGMs bildet so die strukturelle Grundlage der BGF und stellt eine Unternehmensstrategie dar. Durch das BGM werden sämtliche Teilbereiche der innerbetrieblichen Gesundheit miteinander verbunden, während hingegen die BGF den Fokus auf die Einzelmaßnahmen legt.

2.4 Unterscheidung Prävention und Gesundheitsförderung

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht einheitlich verwendet. „Die folgende weit verbreitete Abgrenzung ist [...] zweckdienlich, da sich daraus unterschiedliche gesundheitspolitische Strategien ableiten“ (Faselt/Hoffmann/Hoffmann 2010, S. 16). Die beiden Begriffe unterscheiden sich im Wesentlichen vom Ansatz, im Konzept und in der Strategieverfolgung.

2.4.1 Prävention: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Der Begriff Prävention bedeutet die Vermeidung bzw. Vorbeugung von Krankheiten, indem krankheitsspezifische Risikofaktoren beeinflusst oder reduziert werden. „Prävention bezieht sich auf ganz spezifische Krankheitsrisiken und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheiten zu minimieren“ (Spicker/Schopf 2007, S. 33). Die Präventionsmaßnahmen lassen sich dabei hinsichtlich Zeitpunkt, Zielgröße und Methode in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einteilen. Unter der

Primärprävention versteht man die Krankheitsvermeidung. Sie bezieht sich auf die Krankheitsursachen und zielt auf die Senkung der Inzidenz (Häufigkeit von Neuerkrankungen einer definierten Population bezogen auf einen bestimmten Zeitraum). Primärprävention als

„der „Prototyp“ von Prävention ist zweifellos die **Verhinderung des Neuauftretens** einer Krankheit, wo das Einsetzen eines pathogenetischen Prozesses durch die Eindämmung bzw. Ausschaltung von Krankheitsursachen oder die Stärkung von Abwehrmechanismen wie im Fall von Impfungen, verhindert wird“ (Leppin 2007, S. 31-32).

Die Maßnahmen der Primärprävention sind danach Abbau von verhaltensbedingten Risikofaktoren, indem die organismische Widerstandskraft oder die Umweltfaktoren verändert werden. Die Sekundärprävention lässt sich als Vorsorge oder Krankheitsfrüherkennung, die sich auf die Krankheitsentstehung bezieht, beschreiben. „Sekundärprävention dient der **Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung**“ (Leppin 2007, S. 32). Durch die Sekundärprävention sollen Krankheiten, so früh wie möglich, erkannt werden, um vor Ausbruch der Krankheiten rechtzeitig entsprechend handeln zu können. Klassische Beispiele für Maßnahmen der Sekundärprävention sind individuelle Gesundheits-Check-Ups oder Mammographien. Die Tertiärprävention ist die Verhütung des Rückfalls bzw. die Verhinderung einer Verschlechterung der Krankheit und kann daher als Rehabilitation aufgefasst werden. Sie richtet sich nach dem Krankheitsverlauf von Patienten/innen (fortfolgend bei männlicher Form auch immer die weibliche Form gemeint), bei denen bereits die Krankheit behandelt wird. Eine Tertiärprävention „[...] liegt dagegen immer dann vor, wenn eine **Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifest** geworden ist“ (Leppin, 2007, S. 32). Das Ziel der Tertiärprävention ist, dass Folgeerkrankungen vermieden werden und es zu keiner Verschlimmerung oder Chronifizierung der bereits behandelten Krankheit kommt. Klassische Maßnahmen der Tertiärprävention sind Heil- und Folgebehandlungen. Durch die Rehabilitation sollen die Patienten beruflich zu einem Leben mit ihrer Krankheit befähigt werden. „Zu den präventionspolitisch wichtigsten Interventionsfeldern zählt die Arbeitswelt“ (Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 95).

Klassifikation	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Leppin 2007, S. 33)

2.4.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Im BGM wird des Weiteren nach der Zielgröße zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden, da es sich sowohl an das gesamte Unternehmen, als auch den einzelnen Beschäftigten ausrichten muss. Die Berücksichtigung beider Ansätze ermöglicht bestmögliche positive Veränderungen. Die Verhaltensprävention setzt an die Veränderung des Verhaltens an, hingegen die Verhältnisprävention an die Änderung der Verhältnisse, um Krankheiten zu vermeiden. Die Verhaltensprävention bedeutet die „Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten“ (Leppin 2007, S. 36). Ziel der Verhaltensprävention ist

danach das individuelle Risikoverhalten einer Person zu verändern, diese zur Verhaltensänderung zu motivieren und Vorsorgemaßnahmen zu ergreifen. Die Verhältnisprävention bedeutet die „Einflussnahme auf Gesundheit/Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen/Umwelt von Personen“ (Leppin 2007, S. 36). Die Verhältnisprävention setzt an sozialen, kulturellen, ökonomischen oder ökologischen Rahmenbedingungen an, um Gesundheitsrisiken in der Umwelt zu minimieren, zu kontrollieren oder zu beseitigen.

2.4.3 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung ist im Gegensatz zur Prävention breiter angelegt. „Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf Risiken, sondern auf die Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen, um damit zum gesundheitlichen Wohlbefinden beizutragen“ (Spicker/Schopf 2007, S. 33). Gesundheit wird in der Gesundheitsförderung aus ganzheitlicher Sicht gesehen, die körperlichen, psychischen und soziale Einflussfaktoren ausgesetzt ist. Gekennzeichnet ist die Gesundheitsförderung durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz. Sie verfolgt das Ziel die Gesundheitsressourcen in der Bevölkerung zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen, indem sie verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Maßnahmen miteinander verbindet. Ausgerichtet ist sie sowohl auf das Individuum, als auch auf soziale Gruppen. Die Gesundheitsförderung ist daher „mehr als Prävention“ und umfasst alle Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Potenziale der Menschen, welche auch zur Verhaltensänderung führen sollen. Mit der Gesundheitsförderung wird die Prävention letztendlich ergänzt, da weitere Zielgruppen durch sie angesprochen werden. „Das zugrunde liegende Modell [für die Gesundheitsförderung] ist das Salutogenesemodell“ (Altgeld/Kolip 2007, S. 41).

2.5 Pathogenese, Salutogenese, Kohärenzgefühl und Resilienz

Das vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in den 70er Jahren entwickelte Gesundheitsmodell der Salutogenese, wörtlich Gesundheitsentstehung oder Erzeugung von Gesundheit (lat. „Salus“, dt. „Heil“; griech. „Genesis“, dt. „Entstehung“), ist seit 1997 das grundlegende Modell für die Gesundheitsförderung. Diesen Ansatz entwickelte Antonovsky gegen die einseitige Sichtweise der Pathogenese. Die Ansätze unterscheiden sich darin, dass die Pathogenese davon ausgeht, dass Menschen sich im Normalfall im Gleichgewicht („Homöostase“) befinden, das salutogenetische Modell hingegen geht im Normalfall von einem Ungleichgewicht („Heterostase“) aus. Die medizinische Pathogenese (griech. „Pathos“, dt. „Krankheit“; griech. „Genesis“, dt. „Entstehung“) sucht nach einzelnen krankmachenden Einflüssen, den Stressoren bzw. orientiert sich an Risikofaktoren. Die Pathogenese, als die biomedizinische Sichtweise des Gesundheitsbegriffs, beschäftigt sich mit Fragen zu den Gründen, weshalb Menschen erkranken und mit den Krankheitsvorläufern und -bedingungen. Das Modell der Salutogenese fragt nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. „Im Konzept der *Salutogenese* wird nach der individuellen Konstitution von Gesundheit gefragt, d.h. warum und aufgrund welcher Voraussetzungen, Eigenschaften und Lebenserfahrungen Menschen trotz teilweise extremer Belastungen gesund bleiben“ (Braun 2004, S. 57). Der Fokus der Salutogenese liegt daher auf der Gesundheitsförderung. Gesundheit wird nicht als ein statischer Zustand, sondern vielmehr als ein Prozess betrachtet, ein ständiger Fluss zwischen kranken und gesunden

Anteilen bzw. Polen, welche in eine Balance, in ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, gebracht werden müssen.

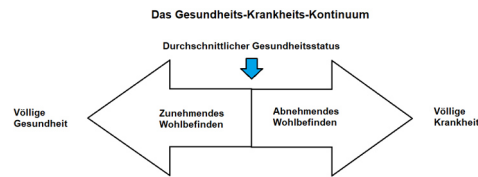


Abbildung 2: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann/Richter 2013, S. 125)

In welche Richtung der Gesundheitszustand des Menschen sich bewegt bzw. an welchen Pol er sich näher befindet, hängt von verschiedenen Faktoren, wie z.B. nach der Anzahl und nach der Art der Risiken, aber auch von den belastungsspezifischen Widerstandskräften und individuellen Schutzfaktoren (Ressourcen) des Menschen selbst, ab, die diesem ermöglichen die Risiken abzuschwächen oder sogar abzuwehren. Der Gesundheitszustand jedes Menschen ergibt sich danach aus einem ständigen Wechsel zwischen Risiken und situative (z.B. die Planung, Organisation oder die Möglichkeit individuelle und betriebliche Ziele zu verbinden) und personale Ressourcen (z.B. das Selbstvertrauen, Fachkompetenz und Sinngebung) einer Person und seiner Umwelt. Eine wesentliche personale Ressource ist nach Antonovsky das Kohärenzgefühl (engl. „Sense Of Coherence“, Abk. „SOC“). Die Ausprägung des Kohärenzgefühls wird durch die drei Aspekte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bestimmt. „Nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und damit für Gesundheit“ (Welbrink/Franke 2010, S. 47). Nach dieser Sichtweise von Gesundheit, als „Krankheits-Gesundheits-Kontinuum“, ist für den Erhalt der Gesundheit wichtig, dass die Zusammenhänge in der Umwelt verstanden werden, dass der Einzelne diese auch aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer bewältigen kann und für sich einen Nutzen darin sieht bzw. eine Bedeutung haben, damit dieser handelt. Danach ist die Gesundheit eine Fähigkeit, die Menschen erlernen können, um das Leben aktiv zu bewältigen. Ist dies der Fall, liegt nach Antonovsky ein so genanntes Kohärenzgefühl, als zentrale Bedeutung des Modells, vor, dass für eine Gesunderhaltung spricht. Die Krankheits- und Risikoorientierung der Prävention werden mit dem Modell der Salutogenese jedoch in Frage gestellt, denn jedes Individuum ist physischen und psychischen Risiken jederzeit ausgesetzt. Entwickeln sich Menschen trotz widriger Bedingungen und Belastungen psychisch gesund, spricht man in diesem Zusammenhang von Resilienz (lat. „resilire“, dt. „zurückspringen“, „Spannkraft“, „Widerstandsfähigkeit“ und „Elastizität“). „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen [...]“ (Welter-Enderlin 2006, 13)“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 10). Resilienz ist keine Eigenschaft die angeboren ist, sondern die erlernbar ist. Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess.

2.6 Ziele, Strategien und Zielgruppen

Jede getroffene unternehmerische Maßnahme muss mit einem strategischen oder operativen Ziel des Unternehmens verknüpft sein. Die Zielsetzung ist Voraussetzung, um feststellen zu können, ob die

gewählte Maßnahme positive Auswirkungen für das Unternehmen mit sich brachte. Es werden realistische und messbare Ziele benötigt. Dies gilt vor allem auch für den Bereich des BGMs. Für die Erreichung der Ziele des BGMs ist es erforderlich, dass diese mit den Unternehmenszielen einhergehen. Das übergeordnete Ziel ist alle Maßnahmen für eine nachhaltige Gesundheit am Arbeitsplatz zu ergreifen. Aufgrund der Tatsache, dass das BGM in das Unternehmen integriert ist, sind die primären Ziele des Unternehmens (Umsatzsteigerung, Gewinnerhöhung und Wachstum) vorrangig. Das BGM strebt die Vernetzung aller gesundheitsfördernden Einzelmaßnahmen, unter Miteinbeziehung aller Mitarbeiter, an. Nicht nur die Führungskräfte, sondern auch alle Mitarbeiter müssen über die festgelegten Ziele informiert sein, um auch diese nach außen hin für ein positives Unternehmensimage zu kommunizieren. Für die Umsetzung des BGMs ist es erforderlich, dass die ökonomischen und sozialen Ziele gleichermaßen berücksichtigt werden. Mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements verfolgt man neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gesundheit der Mitarbeiter, ein besseres Betriebsklima zu schaffen und ihre Motivation, Leistungsfähigkeit und -bereitschaft zu steigern, eine emotionale Bindung und Identifikation an das Unternehmen der Mitarbeiter zu schaffen und so die Fehlzeiten und die Fluktuation zu reduzieren, sowie das Unternehmensimage bzw. die Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeber zu verbessern. Mit Hilfe des BGMs soll, insbesondere am Ende das Betriebsergebnis, unter anderem, durch die Erhöhung der Produktivität, Qualität und der Einsparpotenziale (z.B. Reduzierung der Kosten durch Lohnfortzahlung, Überstunden, Einarbeitung, Umsetzung etc.) für das Unternehmen und durch die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit verbessert werden. Durch ein optimiertes BGM können letztendlich Herausforderungen, wie der demografische Wandel, der Fachkräftemangel und der stetig steigende Arbeitsdruck in der heutigen Gesellschaft besser entgegengewirkt werden. Um die Voraussetzung für eine effiziente Steuerung zu schaffen und den Erfolg des Unternehmens zu sichern, muss jedes Teilziel mit einer Messgröße verglichen werden. Anhand der gesetzten Ziele des BGMs können für die Evaluation die Kennzahlen herangezogen werden. Es ist daher wichtig, dass die Ziele danach ausgewählt werden, damit sie anhand der Kennzahlen kontrolliert werden können. Um diese Ziele zu erreichen, gibt es unterschiedliche Arten von Strategien im BGM, die hierfür herangezogen werden können. Beide Strategien sind für jedes Unternehmen unabdingbar. Die präventive bzw. vorbeugende Strategie richtet sich an die Mitarbeiter, die anwesend sind, damit ihre Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit erhalten bleibt. Diese Strategie fördert vor allem die Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen („Commitment“), sowie die Motivation und Anwesenheit der Mitarbeiter. Es wird so der langfristige Erfolg des Unternehmens gesichert. Die korrektive bzw. verbessernde Strategie hingegen richtet sich an Mitarbeiter aus, die krank oder unmotiviert sind, um diese wieder in die Unternehmensstruktur zu integrieren. Durch diese Strategie kann in die Abläufe des Unternehmens korrektiv eingegriffen werden. Es wird eine Optimierung innerhalb der Prozesse des Unternehmens erreicht. Die Zielgruppe muss fokussiert angesprochen werden, damit ein effizienter Einsatz der Ressourcen gesichert wird. Die Maßnahmen des BGMs müssen auf die verschiedenen Zielgruppen im Unternehmen abgestimmt sein. Dadurch wird auch die Wirkung der Maßnahmen positiv beeinflusst. Zur Zielgruppe des BGMs gehören alle Mitarbeiter und auch, vor allem, alle Führungskräfte, als Vorbildfunktion, im jeweiligen Unternehmen. Es gibt Maßnahmen des BGMs, die für alle Mitarbeiter sinnvoll und hilfreich sind, während die Umsetzung anderer Maßnahmen nur für einen Teil der Mitarbeiter bzw. einer Zielgruppe angebracht wären. Maßnahmen, die die gesamte Belegschaft ansprechen, sind z.B. Gesundheitsstage zur Sensibilisierung, während andere Maßnahmen bereichs- bzw. gruppenspezifisch sind z.B. Maßnahmen für Mitarbeiter mit besonders belastenden Tätigkeiten oder Mitarbeiter nach schwerer Krankheit.

2.7 Bedeutung und Notwendigkeit in Unternehmen

Die fünf wichtigsten Gründe, die für die Einführung eines BGMs sprechen, sind der Fachkräftewettbewerb, der demografische Wandel, der rasante technische Fortschritt – die Digitalisierung und Arbeit 4.0, die Gesundheitsreformen und der Wertewandel in der Gesellschaft. Die heutige Gesellschaft und Arbeitswelt sind einem ständigen Wandel unterzogen. Das BGM ist für die Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen ein zentrales Instrument. Durch die zunehmende Globalisierung und vor allem auch durch den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel nimmt der Druck auf die Unternehmen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit ihrer Arbeitnehmer immer weiter zu. Durch den Fachkräftemangel müssen sich Unternehmen von anderen Konkurrenten abheben. Im Wettbewerb um die besten Fachkräfte nehmen Faktoren, wie „Work-Life-Balance“ und Vereinbarkeit von Familie und Beruf, für die Entscheidung der Arbeitnehmer, wo sie arbeiten wollen, zu. Für die Mitarbeitergewinnung und -bindung sind daher attraktive Gesundheitsmaßnahmen im Unternehmen zunehmend mitentscheidend. Durch den demografischen Wandel nimmt die Bevölkerungszahl ab und das Durchschnittsalter der Belegschaft nimmt mangels „Jungen“ zu. Die Altersstrukturen in den Belegschaften verändern sich massiv. „2020 wird jeder dritte Beschäftigte 50 Jahre und älter sein“ (Redaktion Gesundheit/Bewegt B2B 2015). Nicht außer Acht gelassen werden kann dabei auch die verlängerte Lebensarbeitszeit. Daraus folgt ein erhöhter Krankenstand in Unternehmen, Folge auch durch Langzeiterkrankungen mit zunehmenden Alter der Belegschaft. Auf den internationalen Märkten müssen die Unternehmen, aber mit „jungen“ Unternehmen in Schwellenländern konkurrieren. Aus diesen Gründen heraus müssen Unternehmen zunehmend in das BGM investieren. Für den Fokus auf das BGM spricht auch, dass in den letzten Jahren sich auch die Anforderungen am Arbeitsplatz verändert haben. Durch die zunehmende Komplexität und steigende Vernetzung in den Unternehmen hat sich die Arbeitswelt extrem gewandelt. Mentale und kognitive Belastungen haben aufgrund des erhöhten Wettbewerbsdrucks zugenommen. Einher gingen damit psychische Störungen und Phänomene wie „Präsentismus“ (das Aufsuchen des Arbeitsplatzes trotz Krankheit), während körperliche, physikalische und chemische Belastungen abnahmen. Auch die Einführung neuer Technologien, insbesondere die fortschreitende Digitalisierung am Arbeitsplatz, haben Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Aufgrund der Gesundheitsreformen sind die Unternehmen gezwungen zur Umsetzung der Vorgaben wie z.B. das, seit 2004, in § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) vorgesehene Eingliederungsmanagement. Danach müssen sich die Unternehmen verstärkt der Gesunderhaltung der Mitarbeiter, die öfters länger erkranken, einsetzen. Mit Hilfe des BGMs wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt und fungiert als Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen. Es steht in einem Gesamtzusammenhang mit den verschiedenen Handlungsfeldern der BGF, des BEMs, des AGSs, des Fehlzeitenmanagements und tangiert die Personal- und Organisationsentwicklung. Die Unternehmen müssen auch auf den Wertewandel in der Gesellschaft in Bezug auf die Arbeitswelt reagieren. Bei der Ansprache verschiedener Zielgruppen und bei der Gestaltung der Maßnahmen des BGMs muss darauf eingegangen werden. Gerade im Hinblick auf die Generation Z (ab und nach 1995 Geborene, Trennung von Privat und Beruf) muss deren neue Einstellung zur Arbeitswelt berücksichtigt werden und sich im BGM widerspiegeln.

2.8 Akteure

Die Steuerung und Organisation des BGMs liegt bei der Unternehmensleitung bzw. dem Management, den Führungskräften. Die Vorgehensweise des Managements beeinflusst die Qualität des

BGMs in einem Unternehmen. Um BGM zu planen und umzusetzen, bedarf es der Mitwirkung und Einbeziehung aller Beteiligten. Die verschiedenen Akteure des BGMs lassen sich in interne und externe Beteiligte auf den verschiedenen Kooperationsebenen unterscheiden. Die Umsetzung des BGMs ist unter Einbeziehung interner und externer Beteiligter erfolgreicher. Die wichtigsten internen, betrieblichen Akteure sind, je nach Größe des Unternehmens, die Führungskräfte, die Personalverantwortlichen, Betriebsräte, die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt und die Schwerbehindertenvertretung. Wichtige externe Akteure sind z.B. die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, staatliche Aufsichtsämter, sowie Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände.

2.9 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Grundsätzlich ist das BGM als eine freiwillige Leistung anzusehen. Es gibt jedoch eine Reihe von Regelungen und Gesetzen, die zu beachten und einzuhalten sind. Art. 23 der Menschenrechte erklärt das Recht eines jeden auf angemessene Arbeitsbedingungen. Auch die europäische Sozial-Charta sieht ein Grundrecht auf Schutz der Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit vor. Art. 2 Abs. 2 S.1 Grundgesetz (GG) schützt das Leben und die körperliche Unversehrtheit jedes Menschen, d.h. auch der Arbeitnehmer. Die „Funktion [ist ein] Abwehrrecht, aber auch Schutzpflicht des Staates“ (Deger 2012, S. 23). Nach Art. 20 GG, dem Sozialstaatsprinzip, ist der Staat dazu verpflichtet für alle Schutzbedürftigen einzutreten. Hieraus ergibt sich die Grundlage der Gesetze, die die Arbeitgeber zum Schutze der Gesundheit der Arbeitnehmer verpflichtet. Zum BGM gehören daher alle Maßnahmen des Unternehmens, die der Gesundheitsförderung der Belegschaft dienen, aber auch der AGS (z.B. Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Arbeitssicherheitsgesetz und Arbeitsstättenverordnung). „Gemäß § 3 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen unter Berücksichtigung derjenigen Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (Braun 2004, S. 23). Nach dem ArbSchG trägt der Unternehmer die Hauptverantwortung zur Umsetzung aller notwendigen Maßnahmen zur Arbeitssicherheit. Seit 2004 ist nach § 84 Abs. 2 SGB IX jeder Arbeitgeber zudem für die Durchführung von Maßnahmen des BEMs verantwortlich.

2.10 Finanzierung

Heute wird BGM von Unternehmen als wichtiger Wirtschaftsfaktor und lohnende Investition durch die Einsparung von Krankheitskosten gesehen. BGM verursacht, aber auch Kosten bzw. Aufwendungen. Zur Finanzierung des BGMs gibt es verschiedene Möglichkeiten. Der Arbeitgeber übernimmt sämtliche Kosten, die im BGM, anfallen. Es besteht, aber auch die Möglichkeit der Refinanzierung. Da sowohl der Gesetzgeber, als auch die Krankenkassen die Vorteile und Nutzen eines erfolgreichen, zielgerichteten, BGMs sehen, werden Maßnahmen von ihnen im Bereich des BGMs finanziell unterstützt. Jedes Jahr steht jedem Arbeitgeber als Fördermittel für das Gesundheitsmanagement ein Maximalbetrag von 500,- Euro pro Mitarbeiter zur Verfügung. Es besteht die gesetzliche Möglichkeit nach § 3 Nr. 34 Einkommenssteuergesetz (EstG) die Maßnahmen des BGMs geltend zu machen.

3 Alkoholismus – Definition und Wirkung von Alkohol

Alkohol zählt zu den ältesten Genuss- und Suchtmitteln der Menschheit. Bei längerem Konsum besteht die Gefahr der Abhängigkeit und die Erkrankung an Alkoholismus. Im allgemeinen Sprachgebrauch verbindet man mit dem Wort Alkohol den so genannten „Trinkalkohol“ (Äthanol, Summenformel C_2H_5OH) und meint nicht die Stoffklasse der Alkohole. „Das Wort „Alkohol“ stammt aus dem Arabischen (Al-Cool) und bedeutet „feines Pulver, Augenschminke““ (Soyka/Küfner 2008, S. 1). Alkohol, Äthanol, entsteht, neben Kohlenstoffdioxid (CO_2), durch die Vergärung von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln wie z.B. Weintrauben, Getreide, Früchte, Zuckerrohr, Melasse, Mais oder Kartoffeln. Der Alkoholgehalt unterscheidet sich dabei. Bei Bier liegt der Alkoholgehalt in Volumen % zwischen 4,0 bis 8,0, bei Rotwein zwischen 11,5 und 13 und bei hochprozentigen Getränken, wie Bränden, liegt der Alkoholgehalt bei 45 und mehr. Alkohol ist sowohl wasser-, als auch fettlöslich und wird zu einem geringen Anteil durch die Mundschleimhäute, im Magen und insbesondere im Dünndarm durch Diffusion vom Körper absorbiert. „Danach verteilt sich Alkohol im Körperwasser; eine Blut-Hirn-Schranke für Alkohol existiert nicht“ (Grosshans/Thoms/Mann 2016, S. 94). Als Zellgift wirkt Alkohol schädigend auf alle Organsysteme im Körper und ist für eine Vielzahl von Krankheiten mitverantwortlich. „Der Alkohol wirkt in erster Linie auf das Zentralnervensystem“ (Pollak 1998, S. 23). Er greift insbesondere die Nervenzellen im Gehirn an. Je nach zugeführter Alkoholmenge und Konstitution des Trinkenden führt Alkohol zu unterschiedlichen Rauschzuständen. Der Grad der Rauschzustände wird nach dem Alkoholblutspiegel beurteilt und in Promille (g je kg) angegeben. In kleinen Mengen wirkt Alkohol anregend und enthemmend, aber auch betäubend. Erhöhter Alkoholkonsum führt zu Kritikschwäche, verlängerter Reaktionszeit, Gleichgewichtsstörungen, Bewusstseinsstörungen und verringertem Erinnerungsvermögen. Der Abbau des Alkohols findet zum größten Teil in der Leber statt.

3.1 Ursprung und Entwicklung von Alkohol

Seit Jahrhunderten sind alkoholische Getränke, als Nahrungs-, Genuss-, Heil- und Rauschmittel, ein Begriff alter Traditionen, wichtiges Kulturgut und werden als Bestandteil alter, religiöser Rituale verwendet. Bereits den Ägyptern, Griechen, Germanen und Römern war die Herstellung und die berauschende Wirkung von hochprozentigen Alkohol bekannt. Trotz der weiten Verbreitung von Alkohol kann, jedoch erst seit dem Mittelalter und der beginnenden Neuzeit von einem erhöhten Alkoholkonsum die Rede sein. Im Mittelalter wurde Alkohol, aufgrund seiner Verfügbarkeit in großen Mengen, zur Bezahlung Leibeigener und Tagelöhner genutzt. Aufgrund seiner keimtötenden, konservierenden und heilenden Wirkung wurde Alkohol, jedoch auch schon zu dieser Zeit, als Heilmittel eingesetzt. Im 12. Jahrhundert wurde das Verfahren für die Alkoholgewinnung und -konzentration, der Bindung der leicht flüchtigen alkoholischen Bestandteile des Weines, durch Destillieren, entdeckt. Dieses Verfahren hat sich bis heute kaum verändert. Im Industriezeitalter, im 19. Jahrhundert, führte die zunehmende Verbreitung der Destillation alkoholischer Getränke zu einem weiteren erhöhten Alkoholkonsum, sowie zu einer hohen Missbrauchsrate. Alkohol wurde zur günstigen Droge der Arbeiterschicht und wurde zu einem massiven gesellschaftlichen Problem, der „Elendsalkoholismus“. In den betroffenen Ländern versuchten die staatlichen Behörden durch verschiedene Maßnahmen, z.B. Besteuerung, Verbote und gesundheitliche Aufklärung, den erhöhten Alkoholkonsum einzudämmen. In den 1920er Jahren, in den USA, wurde die so genannte „Prohibition“, das

Totalverbot von Alkohol, erklärt. In Deutschland wurde 1922 das noch heute geltende Branntweinmonopolgesetz erlassen. Es dient der Kontrolle, Einschränkung (Steuerhöhe, Produktionsmenge und Vergabe von Brennrechten) und Sicherstellung der industriellen Versorgung von Alkohol, als wichtiger Rohstoff. In nicht-islamischen Ländern ist Alkohol als Getränk gesellschaftlich anerkannt. In Deutschland wird versucht den Alkoholkonsum durch das Jugendschutzgesetz (JSchG, keine Abgabe und Verzehr an Kinder- und Jugendlichen unter 16 Jahren, bei Spirituosen unter 18 Jahren) und der Belegung von Spirituosen mit speziellen Verbrauchssteuern einzuschränken.

3.2 Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit

Alkoholismus ist eine weit verbreitete Suchterkrankung, die grundsätzlich jeden Menschen, egal welcher Gesellschaftsschicht er angehört, treffen kann. Alkohol ist ein Nervengift und kann zu physischer und/oder psychischer Abhängigkeit führen. Alkoholismus wird definiert als: „[...] eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden“ (Soyka/Küfner 2008, S. 10). Die physische Abhängigkeit macht sich durch das Entzugssyndrom und durch die Toleranzentwicklung bemerkbar. Eine psychische Abhängigkeit besteht, wenn eine mangelnde Kontrollfähigkeit und das „[...] „unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren oder dauernden Einnahme der Substanz, um „Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu vermeiden“ [vorliegt]“ (Soyka/Küfner 2008, S. 7). Dies wird als „craving“ bezeichnet (Vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 7). Seit 1968 wird Alkoholismus vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt und ein Behandlungsanspruch des Erkrankten wird dadurch begründet. „Störungen des Alkoholkonsums sind offiziell anerkannte Verhaltensstörungen laut ICD10 [dt. „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10te Revision“, engl. „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision“]“ (Anderson 2011, S. 94). Die WHO unterscheidet bei Alkoholismus zwischen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Liegen physische oder psychische Schäden durch Alkoholkonsum vor, spricht man von Alkoholmissbrauch bzw. schädlichen Gebrauch. Alkoholmissbrauch bzw. schädlicher Gebrauch wird definiert „[...] durch ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum, sein“ (Soyka/Küfner 2008, S. 11). Die diagnostischen Kriterien für einen schädlichen Alkoholgebrauch nach DSM-IV (engl. „Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders IV“; dt. „Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen IV“) sind, dass der Alkoholkonsum in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigung und Leiden führt. Dabei müssen sich innerhalb eines Zeitraumes der letzten 12 Monate unter anderem folgende Kriterien: Fernbleiben von der Arbeit und Verschlechterung der Leistung, wiederholte körperliche Gefährdung, wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz oder soziale zwischenmenschliche Probleme, aufgrund von Alkoholkonsum, bemerkbar gemacht haben. Die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit liegen nicht vor. Besteht keine Kontrolle mehr über den Alkoholkonsum geht man von einer Alkoholabhängigkeit bzw. -sucht aus. Eine Abhängigkeit bzw. Sucht liegt vor, wenn der Abhängige ein unwiderstehliches Verlangen nach seinem Suchtmittel hat, sodass, wenn dieses bestimmte Verhaltensmuster durchbrochen wird, Abstinenzerscheinungen auftreten.

„Alkoholabhängig ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten *oder* wer nicht aufhören kann zu

trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt“ (Lindenmeyer 2005, S. 5).

Die Abhängigkeit bzw. Sucht ist danach „[...] der Ausdruck der psychischen und physischen Abhängigkeit einer Person von einem toten Objekt (Alkohol [...])“ (Pollak 1998, S. 596). Dabei zeigt sich ein typisches Muster: Erfahrung, Wiederholung, Gewöhnung und Missbrauch. Heute verwendet man bei stoffgebundenen Süchten, wie dem Alkohol, den Begriff der Abhängigkeit. Die Grenze vom Missbrauch zur Abhängigkeit ist schnell erreicht und ist oftmals schleichend. Häufig führt dies zu sozialen Konflikten, nachlassender Leistungserbringung und zu depressiven Verstimmungen. Für die betroffenen Personen ist Alkohol zum Lebensinhalt geworden. Die WHO definiert die Abhängigkeit daher als Syndrom verschiedener Verhaltensweisen. Für die Stellung einer Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms müssen drei von sieben Kriterien nach ICD10 vorhanden sein: 1. Ein starker Drang bzw. Zwang nach Konsum von Alkohol liegt vor (psychische Abhängigkeit), 2. Die Kontrollfähigkeit über die Menge des Alkoholkonsums ist gemindert, 3. Entzugsserscheinungen, d.h. physische Beschwerden treten bei einer reduzierten Menge des Alkoholkonsums auf, 4. Eine Toleranz gegenüber Alkohol entwickelt sich, das heißt die Dosis des Alkoholkonsums muss, damit ein gleicher Effekt erzielt werden kann, stetig gesteigert werden, 5. Bestimmte Gewohnheiten beim Alkoholkonsum bestehen, 6. Soziale Kontakte, Familie und Freunde, aber auch der Beruf und die Freizeit werden vernachlässigt (sozialer Rückzug) und 7. Der Alkoholkonsum wird trotz Kenntnis über die durch den Alkohol verursachten physischen, psychischen oder sozialen Schäden, weiter fortgeführt (anhaltender Konsum). Es werden dabei vier Formen des Trinkverhaltens bei Alkoholabhängigen unterschieden und zwar der Konflikt-, Rausch-, Spiegel- und periodische Trinker. Es sind hierbei allerdings auch Mischformen möglich.

3.2.1 Ursache für Alkoholismus: Risiko- und protektive Faktoren

Alkohol ist eine Droge mit hohem Missbrauch- und Abhängigkeitspotential. „Nach einer Studie von Anthony et al. (1994) stehen an der Spitze Tabak mit einer Abhängigkeitsquote von 31,9 %, Heroin mit 23,1 %, Kokain mit 16,7 % und Alkohol mit 15,4 %“ (Soyka/Küfner 2008, S. 22). Die Ursache für Alkoholismus ist bis heute allerdings noch nicht vollständig geklärt. Man nimmt heute an, dass für die Entstehung von Alkoholismus und Höhe der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung das Zusammentreffen von mehreren Faktoren entscheidend ist. Das bio-psycho-soziale Modell besagt, dass die Ursache für Alkoholismus nie ein alleiniger Faktor, sondern nur eine Kombination aus mehreren suchtbegünstigenden, biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren sein kann. Neben den Faktoren der Häufigkeit und der konsumierten Menge sind die Faktoren Geschlecht, Körpergewicht, allgemeiner Gesundheitszustand, sowie Erbgut dafür verantwortlich inwieweit die Gesundheit eines Individuums Folgeschäden durch Alkohol nimmt. Verschiedene Studien zeigen, dass für die Entstehung von Alkoholismus ein wichtiger Faktor die Genetik eines Menschen ist. Die Wahrscheinlichkeit an Alkoholismus zu erkranken, ist ca. 3- bis 4-mal so hoch, wenn eine andere Person aus der Familie, bereits an Alkoholismus erkrankt ist. „Bei elterlicher Alkoholabhängigkeit werden 30 % der Kinder selbst in ihrer Jugend manifest alkoholabhängig, 30 % sind hochgradig gefährdet, während ein weiteres Drittel keine besonderen Risiken aufweist“ (Grosshans/Thoms/Mann 2016, S. 101). Danach erkranken, falls beide Eltern alkoholabhängig sind, etwa 30 % der Kinder später ebenfalls an Alkoholismus und dies ist unabhängig davon, ob diese Kinder bei ihren alkoholkranken Eltern oder bei Adoptiveltern aufwuchsen. Festgestellt wurde, dass bestimmte Gene den Alkoholstoffwechsel kontrollieren. Bei Menschen, die weniger Alkohol vertragen

wird genetisch bedingt der Alkohol im Körper langsamer abgebaut. Sie spüren die negativen Folgen des Alkohols stärker als Menschen, die Alkohol in größeren Mengen vertragen. Für diese besteht ein höheres Risiko alkoholabhängig zu werden, da sie die negativen Folgen des Alkoholkonsums weniger spüren. Eine „gute“ Alkoholverträglichkeit birgt danach ein hohes Risiko an Alkoholismus zu erkranken. Ein weiterer Risikofaktor stellt der Umgang mit Stress dar, denn manche Menschen sind gegenüber Stress weniger widerstandsfähig. Eine erhöhte Stressbelastung kann zu einem erhöhten Alkoholkonsum führen und letztendlich zum Missbrauch und zur Abhängigkeit. Menschen mit einer niedrigen Stresstoleranz sind daher gefährdeter an Alkoholismus zu erkranken. Eine Schädigung im zerebralen Belohnungssystem im Gehirn („mesolimbisch-mesocortikales Dopamin-System“) kann zudem mit ursächlich sein. Alkohol setzt den Neurotransmitter Dopamin frei. Dadurch wird das Belohnungssystem im Gehirn aktiviert. Es kommt zur Ausschüttung der Glückshormone (Serotonin, Endorphine und Noradrenalin). Menschen, die oft Alkohol trinken, müssen die Alkoholmenge stetig erhöhen, um den gleichen Effekt zu erzielen, da sie gegenüber Dopamin unempfindlicher werden. Mitverantwortlich können auch traumatische Erlebnisse, sowie ernsthafte Probleme in der Kindheit und Jugend sein (Missbrauch, Gewalt, das Aufwachsen in einer nicht intakten Familie oder Verlust eines Elternteils). Grundsätzlich kann jeder Mensch alkoholabhängig werden, denn eine typische „Alkoholikerpersönlichkeit“ existiert nicht. Eine Rolle spielen auch die Trinksitten innerhalb einer Gesellschaft und das Trinkverhalten von Eltern und Freunden („Peergroup“: Gruppenzugehörigkeit bei Jugendlichen, Gleichaltrigen) als Vorbildfunktion. Es kann unter Jugendlichen ein starker Gruppendruck und ein großes Verlangen nach Gruppenzugehörigkeit bestehen. Alkoholprobleme entstehen auch häufig in schwierigen Lebensphasen z.B. bei Arbeitslosigkeit. Protektive Faktoren, wie ein gutes Selbstwertgefühl, eine stabile Persönlichkeit, eine intakte Familie und soziales Umfeld ohne Alkoholprobleme, sowie gesetzliche Regelungen (z.B. das JSchG) schützen vor einer Erkrankung an Alkoholismus. „Bisher ist der beste Prädiktor eine positive Familienanamnese [...]“ (Garbusow et al. 2013, S. 188).

3.2.2 Folgeschäden und -erkrankungen

Alkoholkonsum, der Missbrauch und die Abhängigkeit, birgt eine Vielzahl an gesundheitlichen Nebenwirkungen, Risiken und Gefahren. Verschiedene physische, psychische und soziale Folgeschäden und -erkrankungen können eintreten. Es ist zwischen kurz- und langfristigen Folgen zu differenzieren. Der „Rausch“, die akute Alkoholintoxikation, zählt zu den kurzfristigen Folgen des Alkoholkonsums. Bei Alkoholverzicht kommt es zum so genannten Entzugssyndrom, dem „Prädelir“ (lat. „prae“, dt. „vor“; lat. „delirare“, dt. „verrückt sein“). Typische Entzugserscheinungen und -symptome, die normalerweise etwa zwei bis sieben Tage andauern, sind z.B. Schlafstörungen, Hypertonie (Bluthochdruck), Zittern (Tremor), Krampfanfälle, Schwitzen, Übelkeit/Brechreiz, Unruhe/Angst/Schreckhaftigkeit und Wahrnehmungsstörungen. Das Eintreten eines Alkoholdelirs, auch genannt als „Delirium tremens“ oder „Alkoholdelirium“ (lat. „delirium“, dt. „Irresein“; lat. „tremere“, dt. „zittern“), stellt einen lebensbedrohlichen Zustand für den Betroffenen dar und erfordert zwingend eine Krankenhausbehandlung. Es treten hierbei dieselben Symptome des Entzugssyndroms in einer noch stärkeren Form auf. Darüber hinaus kommt es zur Desorientierung, zu Bewusstseinsstörungen und zu Halluzinationen. Erhöhter Alkoholkonsum hat zur Folge, dass der Alkohol nicht sofort im Körper abgebaut und durch den Blutkreislauf verteilt wird. Es kommt dadurch zu einer erheblichen Einwirkung auf die Biochemie des Organismus und zur Schädigung der Nervenzellen. Übermäßiger Alkoholkonsum ist ursächlich für mehr als 200 Krankheiten z.B.

Hypertonie (Bluthochdruck) oder Adipositas (Übergewicht) (Vgl. dkfz. 2017). Langfristiger Alkoholkonsum führt zu einer Vielzahl von chronischen Krankheiten. Zu den häufigsten, alkoholbedingten, chronischen Krankheiten gehören unter anderem Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Leber, Pankreas (Bauchspeicheldrüse), Herz und Kreislaufes, des zentralen und peripheren Nervensystems, Stoffwechselstörungen, Mangelernährung und Vitalstoffmangel, Hirnschäden, Demenz, Osteoporose, sowie Krebs. Darüber hinaus sind weitere alkoholbedingte psychische Folgen, die Abhängigkeit, der soziale Rückzug, Persönlichkeitsveränderungen wie z.B. schnelle Reizbarkeit, sowie erhöhte Tendenzen zu Aggressivität und Gewalt. In seltenen Fällen kommt es auch zum „alkoholischen Eifersuchtswahn“ oder zu einer „Alkoholhalluzinose“. „Das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden steigt mit der Menge des konsumierten Alkohols“ (Mann et al. 2017, S. 8). Ein übermäßiger Konsum ist am schädlichsten, jedoch weist Alkohol einen dosisabhängigen Akuteffekt auf. Das heißt ein langfristiger Alkoholkonsum bereits in kleinen Mengen führt unter Umständen schon zu erheblichen Auswirkungen und Schäden im multiplen Organsystem. Schon das einmalige, das so genannte „Binge Trinken“, verursacht erhebliche Schäden im Körper. „Ein Indikator für risikanten Alkoholkonsum ist das Binge Trinken. Als Binge Trinken wird in epidemiologischen Studien der Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit bezeichnet“ (Goecke 2013, S. 214). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) sieht die Grenzwerte für einen moderaten bzw. risikoarmen Alkoholkonsum bei zwei alkoholfreien Tagen in der Woche, um eine Gewöhnung zu vermeiden, und einem täglichen Konsum bei Männern von 24 g und bei Frauen von 12 g. „Der Begriff „risikoarm“ impliziert, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt“ (Mann et al. 2017, S. 8).

3.3 Epidemiologische Daten

„Die Alkoholabhängigkeit stellt in den westlichen Industrienationen bei Männern die häufigste und bei Frauen nach Angststörungen die zweithäufigste Erkrankung dar (Wittchen et al., 1992)“ (Lindenmeyer 2005, S. 7). Nach dem Jahrbuch Sucht 2016 lag Deutschland im Vergleich zu den anderen EU-Staaten im Jahr 2009 mit einem Alkoholkonsum (gesamt) pro Kopf der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren mit 12,87 Liter Reinalkohol auf Rang 13 (Vgl. DHS 2016, S. 11). Im Jahr 2013 tranken die Deutschen im Durchschnitt 9,7 Liter reinen Alkohol (Vgl. DHS 2016, S. 9). „Der weltweite Durchschnitt lag im gleichen Zeitraum bei 6,2 Litern reinen Alkohols pro Kopf. Damit ist Deutschland ein Hochkonsumland“ (BzgA 2016). Nach der Aktionswoche Alkohol 2017 tranken etwa 96,4 % der Bevölkerung in Deutschland im Alter zwischen 18 und 64 Jahren Alkohol. Der Pro-Kopf-Konsum an Alkohol lag im Jahr 2015 bei 135,5 Litern (Vgl. DHS 2017 2016). „Im Jahr 2015 wurde in Deutschland mit 9,6 Liter reinem Alkohol ebenso viel getrunken wie im Jahr zuvor (9,6 Liter)“ (Raiser 2017). Der Alkoholkonsum in reinen Litern sank danach von 2013 auf 2014 um 0,1 % und blieb bis 2015 konstant auf 9,6 %. Der Pro-Kopf-Konsum ist in Deutschland damit, trotz geringen Rückgangs, weiterhin auf einem hohen Niveau. Die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit einer definierten Gruppe in einem bestimmten Zeitraum) von Alkoholismus, d.h. die Alkoholabhängigkeit liegt in Deutschland bei schätzungsweise 1,77 Millionen Menschen und 1,61 Millionen weisen einen missbräuchlichen Alkoholkonsum auf. „[...] Insgesamt 3,38 Mio. Erwachsene in Deutschland [sind] von einer alkoholbezogenen Störung in den letzten zwölf Monaten betroffen (Missbrauch: 1,61 Mio.; Abhängigkeit: 1,77 Mio.)“ (Raiser 2017). Alkoholkonsum ist, neben dem Konsum von Tabak und Hypertonie (Bluthochdruck), für eine erhöhte Anzahl an Todesfällen in der europäischen Bevölkerung ursächlich. Nach Schätzungen der DHS liegt die Mortalität (Sterblichkeit, Sterberate) in

Deutschland durch alleinigen Alkoholkonsum (Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch) oder in Kombination mit Tabakkonsum bei etwa 74.000 Todesfällen (Vgl. DHS 2016, S. 16). Im Jahr 2014 waren Erkrankungen durch Alkohol die am zweit häufigsten vorkommende Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 340.500 Behandlungsfällen. Hiervon waren 247.918 Patienten Männer (Vgl. DHS 2016, S. 17). Männer trinken im Durchschnitt mehr als Frauen (3:1 Verhältnis). Die Testergebnisse des AUDIT-C („Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption“), ergaben zudem, dass Männer im Alter von 45 bis 64 Jahren mit hohem sozialen Status (42,5 %) einen höheren Alkoholkonsum haben, als vergleichbare Männer mit einem niedrigen sozialen Status (36,9 %). Bei Frauen zeigt sich dies noch stärker. Im Alter von 45 bis 64 Jahren konsumieren nur 19,3 % der Frauen mit niedrigem sozialen Status Alkohol missbräuchlich, dagegen über 32,8 % der Frauen mit hohem sozialen Status (Vgl. DHS 2016, S. 15). Nach der Aktionswoche Alkohol 2017 ereigneten sich im Jahr 2015 13.239 Unfälle im Straßenverkehr unter Alkoholkonsum mit Personenschaden, bei denen 256 Menschen starben. Im Jahr 2016 kam es zu 242.494 Straftaten und zu 40.007 Gewalttaten unter Alkoholeinfluss (Vgl. DHS 2017 2016).

3.4 Volkswirtschaftliche Kosten

Nach dem Jahrbuch Sucht 2016 der DHS betrugen die volkswirtschaftlichen Kosten im Jahr 2015 für Alkoholkonsum in Deutschland rund 40 Milliarden Euro. Unter diesen Gesamtkosten werden sowohl die direkten, als auch die indirekten Kosten mitberücksichtigt (Vgl. DHS 2016, S. 19). Zu den direkten Kosten gehören die ambulanten, stationären und teilstationären Behandlungskosten der alkoholbedingten Erkrankungen, Sachschäden in Betrieben und vorbeugende, sowie betreuende Maßnahmen. Überwiegend entstehen direkte soziale Kosten im Gesundheitswesen durch Behandlungen, Medikamente und gesundheitlichen Dienstleistungen. Die indirekten Kosten setzen sich aus Kosten für Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentungskosten, sowie Produktivitätsverlust durch Todesfall davon Haushalt, Ehrenamt und im Job zusammen. Neben den Kosten für Fehlzeiten am Arbeitsplatz, die sich aus Lohn- und Gehaltsfortzahlungen ergeben, entsteht zudem ein betriebswirtschaftlicher Schaden auch durch Leistungsabfall, Fehlern, Arbeitsunfällen, schlechtes Betriebsklima und Kundenunzufriedenheit. Man nimmt an, dass unter Alkoholeinfluss nur noch drei Viertel der Arbeitsleistung erbracht werden kann (Vgl. Gostomzyk 2009, S. 17).

3.5 Alkohol als gesellschaftliches Problem – die Kehrseite

Die Einstellung zum Alkohol stellt ein gesellschaftliches Problem dar. In unserem westlichen Kulturkreis, anders als in der islamischen Welt, einer Abstinenzkultur, ist Alkohol, als Genussmittel, gesellschaftlich fest etabliert. Der Konsum von Alkohol, auch in schädlicher und riskanter Form, ist weit verbreitet. Gemeinsam mit Tabak zählt Alkohol, als „Alltagsdroge“, zu den häufigsten Suchtmitteln und zum Suchtproblem Nummer eins in Deutschland (Vgl. Grossmann 2013). Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Alkoholkonsum nach sich zieht, werden oftmals heruntergespielt. Alkoholkonsum zählt z.B. zu den zehn häufigsten Faktoren für Krebs (Vgl. dkfz. 2017). Man spricht von einer gestörten Trinkkultur, wenn es keine klaren verbindlichen Regeln in Bezug auf den Umgang mit Alkohol existieren. „Die Verfügbarkeit von Alkohol unterliegt weder normativ noch ökonomisch gravierenden Einschränkungen“ (Hapke/Rumpf/John 2002, S. 47). Die Tatsache, dass

Alkohol leicht verfügbar und relativ preisgünstig ist, ist sicher auch mit einer der Ursachen für die hohe Akzeptanz und dem hohen Suchtpotenzial. Alkohol wirkt meist stressabbauend, entspannend, stimmungsfördernd, enthemmend und erleichtert den sozialen Kontakt. Für viele ist Alkohol fester Bestandteil im gesellschaftlichen Alltag, bei geselligen Anlässen und Festen. „Es ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines schädlichen und risikoreichen Alkoholkonsums und einer permissiven Einstellung gegenüber Alkohol zu verzeichnen [...]“ (Lindenmeyer 2005, S. 34). Der Alkoholkonsum wird häufig auch als Entschuldigungsgrund für Handlungen, die unter Alkoholeinfluss geschehen, verwendet. Man spricht dabei vom „Bossa-Nova-Effekt“. Die Ablehnung von Alkohol wird in der Gesellschaft meist negativ ausgelegt. Der Mythos vom „trinkfesten Mann“ wird mit Männlichkeit positiv assoziiert. In Männergruppen stärkt Alkohol häufig die Zusammengehörigkeit durch Trinkrituale. Bei Männern, zwischen dem 14. und 30. Lebensjahr, ist eine ständige Zunahme des regelmäßigen Alkoholkonsums zu verzeichnen (Vgl. Lindenmeyer 2005, S. 33-34). Ein gemäßigter Alkoholkonsum wird in der Gesellschaft toleriert. Die Alkoholabhängigkeit in extremer Form gilt als ein Problem von Randgruppen. Man spricht hierbei vom „Eisbergphänomen“, das die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigt. „Erst wenn sich schwere negative Folgen einer dauerhaften Alkoholabhängigkeit entwickelt haben, sieht sich der Betroffene zu einer Veränderung gezwungen“ (Lindenmeyer 2005, S. 34). Ein weiteres gesellschaftliches Problem sind die unter Alkoholeinfluss begangenen Straftaten und Straßenverkehrsdelikte (siehe 3.3 Epidemiologische Daten).

3.6 Die Hauptstellen gegen Suchtgefahr

In den meisten Fällen können Alkoholabhängige die Krankheit ohne Inanspruchnahme fremder Hilfe nicht überwinden. Sie können sich bei insgesamt bei ca. 1.400 Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen entsprechend informieren (Vgl. Bischof/Hutterer 2015). Dies beruht jedoch auf Freiwilligkeit. Die Beratungsstellen bieten zielgruppenspezifische Therapieangebote an, suchen nach örtlichen Selbsthilfeorganisationen und führen teilweise selbst ambulante Entwöhnungstherapien durch. „Die Effektivität von Selbsthilfegruppen [...] bei der Aufrechterhaltung von Abstinenz ist empirisch belegt [...], und deren Besuch ist beispielsweise ein Baustein des Konzepts des qualifizierten Alkoholentzugs“ (Grosshans/Thoms/Mann 2016, S. 113). In der Regel findet jedoch der Entzug stationär in großen Krankenhäusern statt. Es gibt insgesamt bundesweit ca. 13.200 Plätze zur stationären Rehabilitation (Vgl. Bischof/Hutterer 2015). Zu den ambulanten Beratungsstellen gehören Selbsthilfeorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Arbeiterwohlfahrt, Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und andere staatliche Institutionen. Diese bauen auf Eigeninitiative und -verantwortung auf. Ende des 19. Jahrhunderts entstanden in Deutschland die ersten so genannten Abstinenzverbände, das Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V. (BKE) und das Blaue Kreuz in Deutschland e.V. (BKD), die Guttempler-Orden (International Organization of Good Templars, I.O.G.T.) e.V. und der Kreuzbund e.V. Bundesverband. Erst Mitte des 20. Jahrhundert setzte sich das Selbsthilfeprinzip der Anonymen-Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (engl. Anonymous Alcoholics, AA) in der Suchthilfe durch. Heute sind diese Verbände unter der Dachorganisation der DHS in Hamm vereint (siehe Anlagen XVIII Die wichtigsten Organisationen und Verbände zu 3.6). Sie ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und -hilfe bundesweit tätigen Verbände und steht für die Verhinderung, Verringerung und Lösung von Suchtproblemen. Hierzu gehören, z.B. BKE und BKD, der Guttempler Orden e.V., der Kreuzbund e.V. Bundesverband, die AA Interessengemeinschaft e.V. und Al-Anon Selbsthilfegruppen mit Alateen. Das Blaue

Kreuz e.V. ist eine christliche Selbsthilfeorganisation, die sich 1877 in der Schweiz aus der Abstinenzbewegung gegründet hat. Der Deutsche Guttempler-Orden e.V. ist Teil einer weltweiten Bewegung und bietet Programme zur Suchtprävention an. Seit seiner Gründung 1851 setzt sich dieser für eine Welt ohne Alkohol und anderer Drogen ein. Angehörige des Guttempler-Ordens leben aus Überzeugung in Abstinenz. Der Kreuzbund e.V. Bundesverband, als Fachverband des Deutschen Caritas-Verbandes, wurde im Jahre 1896 gegründet und bietet Selbsthilfegruppen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, sowie für deren Angehörige an. Die AA Interessengemeinschaft e.V. gründeten sich in den vierziger Jahren in den USA. Sie sind eine weltweite Selbsthilfeorganisation, deren Ziel es ist Alkoholismus zu bekämpfen. Die Mitglieder ihrer Gemeinschaft treffen sich regelmäßig, um sich über ihre Erfahrungen mit Alkohol auszutauschen und sich in ihrer Abstinenz und Heilung zu unterstützen. In den Al-Anon-Selbsthilfegruppen („Alcoholics Anonymous Family Groups“) finden ausschließlich Angehörige und Freunde, als Co-Betroffene („Co-Abhängigkeit“), professionelle Unterstützung (Al-Anon Familiengruppen). Alateen bietet speziell für Jugendliche, ab dreizehn Jahren, aus alkoholkranken Familien entsprechende Selbsthilfegruppen an.

3.7 Suchttherapie und -behandlung

Noch vor 100 Jahren sah die Gesellschaft Alkoholabhängigkeit als soziale Deviation an. Alkoholabhängigen wurde moralisches Versagen vorgeworfen. Größtenteils nahmen sich daher nur kirchliche Organisationen ihrer an. Alkoholabhängigkeit wurde erst Mitte des 20. Jahrhunderts als eine Krankheit angesehen. „Erstmals wurde Alkoholismus im Jahre 1774 von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush als „Krankheit des Willens“ beschrieben und damit überhaupt zum Gegenstand medizinisch-psychologischer Betrachtung und Behandlung gemacht“ (Lindenmeyer 2005, S. 2). Die anfänglichen Therapieangebote orientierten sich an Schwerstalkoholranke. Eine Erklärung zum Alkoholverzicht war Voraussetzung, um eine Therapie beginnen zu können. Erst seit 1960 orientiert sich die Therapie an einem multimodalen Ansatz, bei dem ein Rückfall als Erkrankungssymptom behandelt wird.

3.7.1 Hierarchie der Therapieziele und Prinzipien der Behandlung

Ein primäres Ziel der Behandlung von Alkoholabhängigkeit ist der kontrollierte Alkoholkonsum. Sekundäre Ziele sind an die Behandlungsphase, Folgeerkrankungen und komorbider Störungen auszurichten. Notwendig für die Festsetzung der Therapieziele jedes Patienten ist daher eine ganzheitliche Betrachtung. Die Suchtbehandlungsangebote sind so niederschwellig wie möglich zu gestalten, wenn Betroffene nicht zu einer dauerhaften Alkoholabstinenz bereit oder in der Lage sind. In der modernen Suchtmedizin wird sich nicht mehr am Idealzustand der „vollkommenen Heilung“ des Patienten (lat. „Restitutio ad integrum“) orientiert, sondern an der Behandlung der Folgeerkrankungen und -schäden (Vgl. Grosshans/Thoms/Mann 2016, S. 103).

„Selbst kurze Interventionen sind wirksamer als gar keine Behandlung. Basis der Behandlung von Alkoholproblemen ist die Vermittlung verhaltenstherapeutischer Bewältigungsstrategien. Die Einbeziehung der Familie steht in Zusammenhang mit positiveren Behandlungsergebnissen“ (Brueck/Mann 2007, S. 1).

Anzustreben ist als Grundlage, „harm reduction“ (dt. „Schadensminimierung“), die Verringerung der körperlichen und sozialen Folgeschäden durch Alkohol. Daraus ergibt sich als Zielhierarchie:

Sicherung des Überlebens, Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden, Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen (soziale Rehabilitation und Reintegration), Verhinderung sozialer Desintegration (psychische Stabilisierung) und Ermöglichung längerer Abstinenzphasen (Selbstrealisierung und Autonomie) (Vgl. Lindenmeyer 2005, S. 37-38). Für die Behandlung von Alkoholabhängigen wurde die Bedürfnishierarchie nach Maslow (1954) und Körkel (1988) auf die Suchtbehandlung modifiziert (siehe Anlagen XIX Abbildung 18: Zielhierarchie in der Suchtbehandlung (modifiziert nach Maslow 1954, Körkel 1988)). Diese Hierarchie der Therapieziele, als übergeordnete Zielebenen, hilft bei der Bestimmung der konkreten und individuellen Therapieziele. Es zeigte sich, dass die Alkoholabstinenz, als Behandlungsziel, nicht ausreichend ist, solange keine stabile Veränderung in den einzelnen Lebensbereichen der Patienten erfolgte. Das Risiko für einen Rückfall wird allein durch Alkoholabstinenz nicht verringert. Es ist wichtiger, gezielt an den Risikofaktoren für einen Rückfall anzusetzen („zufriedene Abstinenz“). Dies steht im Einklang mit der Definition der WHO für Gesundheit (siehe 2.2.1 Definition Gesundheit). 2002 wurde der ICD10 entsprechend durch die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl. „International Classification of Functioning, Disability and Health“, Abk. „ICF“) der WHO ergänzt. Die Suchtbehandlung wurde danach, neben der Beseitigung und Linderung der Symptome, um die Überwindung und Kompensation des „sozialen Rückzugs“ erweitert.

3.7.2 Die vier Phasen der Suchtbehandlung

Die Suchtbehandlung läuft in vier Phasen, Kontaktphase, Entzugsbehandlung, Entwöhnung und Nachsorge, ab. Die Wahrscheinlichkeit auf eine Heilung steigt je früher die Erkrankung erkannt wird (Früherkennung). In der Kontaktphase kommt es zum Erstkontakt mit dem alkoholkranken Patienten. Für den Behandlungserfolg spielt die intrinsische Motivation des Patienten eine wesentliche Rolle. Die intrinsische Motivation ist „der Wunsch, sich auf eine Aktivität einzulassen, weil wir sie genießen oder interessant finden, und nicht, weil wir von außen dafür belohnt oder dazu gedrängt werden“ (Aronson/Wilson/Akert 2014, S. 597). Anhand der Vorgeschichte und des aktuellen Gesundheitszustandes entscheidet der Arzt über die Form der Entzugsbehandlung. Je nach Schweregrad und Krankheitsstadium erfolgt eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung (Entgiftung), die ein bis zwei Wochen dauern kann. Während des Entzugs muss der Alkoholkranke völlig auf Alkohol verzichten. Bei den meisten Patienten kommt es zu sehr schwerwiegenden Entzugserscheinungen. Es kann zum so genannten „Delirium tremens“ kommen, bei denen es zu Halluzinationen, Angstzuständen und Krampfanfällen kommen kann (siehe 3.2.2 Folgeschäden und -erkrankungen). Daher ist eine stationäre Entzugsbehandlung meist unumgänglich. Zur Minderung von Entzugserscheinungen können Medikamente, z.B. Benzodiazepine, verabreicht werden. Die Entzugsmedikation muss unter ärztlicher Kontrolle erfolgen, da die Medikamente selbst ein hohes Suchtpotenzial haben. Wird auf Medikamente verzichtet, spricht man vom „kalten Entzug“. Da sich die Patienten in dieser Phase mit ihrer eigenen Situation auseinandersetzen, wird, neben der reinen körperlichen Entgiftung, sinnvollerweise ein psychosoziales Unterstützungsprogramm angeboten („qualifizierter Entzug“). Nach der Entgiftung schließt sich die Phase der mehrwöchigen Entwöhnungsbehandlung zum Aufbau stabiler Abstinenz an. Diese kann ambulant oder stationär erfolgen. Ohne weitere Behandlung ist die Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben äußerst gering. Die Betroffenen werden sich oftmals erst nach Entzug ihrer persönlichen Situation bewusst und frustrierend für sie ist, dass ihr Suchtgedächtnis wieder nach Alkohol verlangt. Es gilt für die Patienten ein Leben ohne Alkohol wieder neu zu erlernen. Entsprechend werden Maßnahmen für die Rückfallprävention, z.B. psychotherapeutische

Einzel- und Gruppengespräche, angeboten. In der Nachsorgephase werden die in der Rehabilitationsprophylaxe erworbenen Verhaltensweisen gefestigt. Eine ausreichende Stabilisierung der Alkoholabstinenz dauert meist ca. ein Jahr. In dieser Zeit kommt es zu den meisten Rückfällen (Vgl. Lindenmeyer 2005, S. 58).

„In einem Überblick von McKay (2001) über 12 kontrollierte Studien über Nachsorge/Nachbehandlung, die unter dem Begriff „continued care“ zusammengefasst wurden, ergab sich in vier Studien (33 %) ein signifikant größerer Behandlungserfolg bei Nachsorge/Nachbehandlung als ohne professionelle Nachsorge“ (Soyka/Küfner 2008, S. 465).

Darüber hinaus wird für den Aufbau eines abstinenten Lebensstils, je nach Einzelfall, eine stationäre oder ambulante Nachsorge, der Besuch einer Selbsthilfegruppe, empfohlen.

3.7.3 Motivierende Gesprächsführung

Grundvoraussetzung und Ziel für eine erfolgreiche Therapie ist die intrinsische Motivation des Patienten zur Verhaltensänderung. Die Motivation zur Verhaltensänderung wird heute als ein beeinflussbarer Zustand in der Therapie angesehen. In den 80er Jahren konzipierten Miller und Rollnick das Modell der motivierenden Gesprächsführung (engl. „Motivational Interviewing“). Grundlage für das Modell war das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente. Die motivierende Gesprächsführung ist ein zielgerichtetes und klientenzentriertes Modell für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen und eignet sich besonders bei Alkoholabhängigkeit. Die Ambivalenz und kognitive Dissonanz stehen in der motivierenden Gesprächsführung im Mittelpunkt. „Das Gefühl eines Unwohlseins, das ausgelöst wird durch eine Handlung, die unserem Selbstkonzept zuwiderläuft, wird als **kognitive Dissonanz** bezeichnet“ (Aronson/Wilson/Akert 2014, S. 181). Die Dissonanz kann verringert werden durch die Veränderung des Verhaltens, Veränderung der Kognition oder Hinzufügen einer neuen Kognition. Die motivierende Gesprächsführung soll dazu dienen die Ambivalenz, die innere zwiespaltene Haltung, des alkoholabhängigen Patienten gegenüber seinem eigenen Verhalten aufzulösen. Die Ambivalenz des Patienten äußert sich darin, dass für ihn sowohl Gründe zur Beibehaltung seines Verhaltens, als auch Gründe zur Verhaltensänderung sprechen. Bei allem muss die Autonomie des Patienten mitberücksichtigt werden. Ziel der motivierenden Gesprächsführung ist durch die Förderung der Wahrnehmung der Diskrepanz die Verhaltensänderung und -bereitschaft des Patienten zu erreichen. Dabei sollen bestehende Ängste vor Veränderungen mit Hilfe einer starken Vertrauensbasis zum Arzt bzw. Therapeuten und durch die Stärkung des eigenen Selbstvertrauens des Patienten reduziert werden. Das Gespräch soll auf einer partnerschaftlichen Ebene, mit Empathie (Einfühlungsvermögen), ohne Druck, Konfrontation und Wertung erfolgen. Als Gesprächstechnik sind offene Fragen dabei gewünscht, da diese zum Nachdenken anregen und den Patienten selbstverantwortlich handeln lassen. Unterstützt wird dies durch reflektierendes Zuhören, positive Rückmeldungen und strukturierter Gesprächszusammenfassungen des Arztes bzw. Therapeuten. Dies führt zu einer ehrlicheren Selbsteinschätzung und Veränderungsbereitschaft des Patienten. Es stärkt auch die so genannte „Compliance“ (dt. „Therapietreue“, „kooperatives Verhalten eines Patienten in einer Therapie“). Es können so gemeinsame Behandlungsziele zwischen Patient und Arzt bzw. Therapeut festgelegt werden. Das Miteinbeziehen von Angehörigen in diesen Prozess kann hilfreich für die Motivation des Patienten sein.

4 Alkoholismus am Arbeitsplatz

Alkoholismus wirkt sich nicht nur auf das Privatleben, sondern auch auf den Arbeitsplatz aus und stellt heutzutage ein großes Problem in der Arbeitswelt, nicht nur in Deutschland, dar. Die WHO nimmt darauf auch Bezug und fordert Alkoholverzicht, während der Arbeitszeit, am Arbeitsplatz.

4.1 Gründe für Alkoholismus in der Arbeitswelt

Das Arbeitsleben nimmt eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit ein, da Arbeitnehmer den größten Teil ihrer Lebenszeit an ihrem Arbeitsplatz verbringen. Der Arbeitsplatz und seine sozialen Kontakte sind eine wichtige Ressource. Durch den raschen Fortschritt und Entwicklung immer neuer Technologien, der zunehmenden Komplexität, Rationalisierung und Umstrukturierungen in der modernen Arbeitswelt haben sich jedoch die Rahmenbedingungen für die Arbeitnehmer und Führungskräfte in Unternehmen verändert. Durch die neuen technischen Entwicklungen entsteht eine völlig neue Arbeitswelt. Die fortschreitende Automatisierung und Digitalisierung bringt in körperlicher Hinsicht viele Erleichterungen in den Arbeitsabläufen. Die zunehmende Informationsflut führt jedoch zu psychischen Belastungen bei deren Verarbeitung. Durch die Digitalisierung ergeben sich auch neue Arbeitsformen, wie z.B. „home office“ oder „Online-Konferenzen“, die zwar flexibler sind, jedoch auch dazu führen, dass die Arbeitnehmer an jedem Platz und zu jeder Zeit erreichbar sind. „Damit verändert sich die Belastung, denn die Informationen gehen in gehäufte Form ein, müssen gleichzeitig verarbeitet und weitergeleitet werden – der psychische Stress nimmt deutlich zu (Zukunftsinstitut 2016)“ (Ternès/Klenke/Jerusel/Schmidtbleicher 2017, S. 24). Die Grenze zwischen Privaten und Beruflichen vermischt sich zudem. Folge der zunehmenden Globalisierung ist eine Zunahme des Leistungs- und Wettbewerbsdrucks. Mit dem Arbeitsplatz sind zwar eine Einkommenssicherung und sozialer Status verbunden, andererseits aber durch den stetigen Wandel in den letzten Jahren kommt es zu einer zunehmenden psychischen Beanspruchung der Arbeitnehmer an ihrem Arbeitsplatz. Die Zahl der Arbeitnehmer im produzierenden Gewerbe hat stetig abgenommen, während sie im Dienstleistungssektor gestiegen ist. Von den Arbeitnehmern im Dienstleistungssektor wird jederzeit Mobilität, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität erwartet, welche das Stresserleben erhöht. Es kommt zu einer erhöhten Arbeitsverdichtung und Emotionsarbeit. „Von den im Rahmen des Stress-Reports 2012 (Lohmann-Haislah, 2012) repräsentativ Befragten gab ein Viertel an, dass sie Pausen ausfallen lassen, wobei ein Drittel dieser Personen den Pausenausfall mit dem zu hohen Arbeitspensum begründete“ (Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 5). Mittlerweile spricht man von Arbeit und Digitalisierung 4.0. Flache Hierarchien, die Forderung nach mehr Eigenverantwortlichkeit, höhere Leistungsanforderungen in allen Arbeitsbereichen und mehr Flexibilität wirken sich auf die Arbeitnehmer und Führungskräfte aus. In einigen Arbeitsbereichen nimmt zudem die Zahl der Arbeitskräfte ab. Dadurch steigt die Arbeitsbelastung gerade für den einzelnen Arbeitnehmer. Die Leistung, die teilweise erwartet wird, ist kaum realisierbar (siehe 2.7 Bedeutung und Notwendigkeit in Unternehmen). Die Beanspruchungsfolgen können dabei sowohl positiv, anregend oder motivierend sein, als auch negativ auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Arbeitnehmern sich auswirken. Belastende Arbeitsbedingungen können eine von mehreren Ursachen für Stress und Gesundheitsprobleme sein und stellen ein Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung dar. Zunehmendes Arbeitstempo, Zeit- und Leistungsdruck, verschärfte Konkurrenz und die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes führt bei vielen der Arbeitnehmer zu

hohen Stressbelastungen. Um diesen arbeitsbedingten Stress entgegenzuwirken, reagiert jeder Mensch individuell mit unterschiedlichen Verhaltensweisen. Arbeitsbedingter Stress kann psychische Erkrankungen, z.B. Suchterkrankungen wie Alkoholabhängigkeit, aber auch eine Depression oder ein Burn-out-Syndrom hervorrufen. Auslöser für einen erhöhten Alkoholkonsum ist daher vielfach eine schwierige Arbeitssituation oder eine subjektive Überforderung. Suchmittel, z.B. Alkohol, werden für den Stressabbau und/oder für die Leistungssteigerung konsumiert. „Alkohol, Tabletten, Drogen, können gebraucht werden, um den Stress zu regulieren und um die Leistung zu steigern. Das belegen Forschungsergebnisse“ (Montjoie/Bengelsdorf 2002, S. 12). Die Folgen hiervon sind oftmals ein riskanter und gefährlicher Konsum von Alkohol. Alkoholismus besitzt zudem eine hohe Komorbidität für psychische Begleit- und/oder Folgeerkrankungen z.B. Angst- und Schlafstörungen, sowie Depressionen. Häufig wird versucht die auftretenden psychischen Erkrankungen mit Alkohol oder anderen Drogen und Medikamenten einzudämmen. Der Schweregrad der Suchterkrankung und die psychische Begleiterkrankung können sich wechselseitig durch positive Rückkopplung verstärken. Dies kann in einem Teufelskreis enden. Dabei wird die tatsächliche Ursache jedoch nicht bekämpft. Es ist davon auszugehen, dass die Belastungen und Ansprüche der modernen Arbeitswelt weiterhin auf hohem Niveau bleiben und zudem, insbesondere aufgrund des demografischen Wandels, ansteigen.

4.2 Merkmale von Alkoholgefährdung und -abhängigkeit im Betrieb

Für den Arbeitgeber oder die direkten Vorgesetzten ist es wichtig die ersten Anzeichen eines beginnenden Alkoholproblems zu erkennen. Gerade für eine Früherkennung müssen ihnen die Merkmale und Symptome von Alkoholismus bekannt sein. Dabei ist auch die richtige Einordnung, der von ihnen gemachten Beobachtungen, wichtig, denn nicht immer liegt auch tatsächlich ein Alkoholproblem vor. Die Symptome bei Alkoholismus äußern sich sowohl physisch, als auch psychisch. Anzeichen für eine Alkoholgefährdung bzw. -abhängigkeit sind z.B. Trunkenheit am Arbeitsplatz, Trinken von Alkohol während oder vor der Arbeit und in den Mittagspausen. Auch der Versuch dies zu verheimlichen z.B. durch die Benutzung von „Atemreinigern“, wie Pfefferminzbonbons oder Mundwasser, schnelles Trinken und eine undeutliche Aussprache, Vergesslichkeit, Gedächtnislücken, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost und Schweißausbrüche können ernste Hinweise für ein Alkoholproblem sein. Eventuell kommt es auch zu Halluzinationen, Angstgefühle oder Verfolgungswahn. Häufige Krankmeldungen, meist nur einzelne Fehltage, verlängerte Pausen und kurzfristiges Entfernen vom Arbeitsplatz deuten ebenfalls auf ein Alkoholproblem hin. Unpünktlichkeit und Unzuverlässigkeit, Abfall der Leistungsqualität und -quantität, vermehrte Nervosität, allgemeine Unruhe und vermeiden des Kontaktes zu Vorgesetzten sprechen auch dafür. Individuelle Hinweise sind darüber hinaus unter anderem: Stimmungsschwankungen, Depressivität, Aggressivität, lautes unkontrolliertes Reden, Misstrauen gegenüber Vorgesetzten und Kollegen, familiäre Konflikte, finanzielle Probleme, Verlust des Führerscheins und striktes Abstreiten des hohen Alkoholkonsums. Auch die Veränderung im äußeren Erscheinungsbild z.B. aufgedunsenes Gesicht, Hautveränderungen, rote Augen und Gewichtsabnahme sind einige Warnhinweise. Langfristiger Alkoholkonsum kann zudem zu einer Veränderung der Persönlichkeit und unter Umständen zur Verwahrlosung und zum sozialen Abstieg führen. Dieses Wissen um die Früherkennungssymptome stellt ein wichtiges Instrumentarium zur Einleitung der weiteren Interventionsschritte dar, damit dem Betroffenen rechtzeitig geholfen werden kann. Rückschlüsse auf eine Gefährdung oder Abhängigkeit können erst bei Vorliegen mehrerer Merkmale getroffen werden. Erst dann kann mit neutralen Instanzen innerhalb und

außerhalb des Betriebes, wie z.B. Betriebsarzt, betrieblicher Sozialdienst oder Suchtberatungsstellen, über die gemachten Beobachtungen gesprochen werden.

4.3 Auswirkungen von Alkoholismus am Arbeitsplatz

Alkoholismus stellt aufgrund von Produktionsverlusten ein wirtschaftliches, aber auch ein humanes Problem dar. Der Alkoholmissbrauch wirkt sich auf die betrieblichen Kosten, unter anderem durch schlechte Arbeitsqualität, Maschinenbedienungsfehler und Fernbleiben vom Arbeitsplatz, aus. Schon ab 0,3 Promille nimmt die Aufmerksamkeit ab, die Gedächtnisleistung ist bereits bei 0,2 Promille eingeschränkt, bei 0,3 Promille verdoppelt sich das Unfallrisiko, eine Verschlechterung der Wahrnehmung tritt ab 0,8 Promille ein, der Tunnelblick beginnt ab 0,5 Promille, die Reaktionszeit verlängert sich ab 0,3 Promille bemerkbar. Zu Störungen des Gleichgewichtsapparates kommt es ab 0,6 Promille und die Handkoordination kann ab 0,8 Promille 40 % verminderte Leistung bedeuten (Vgl. Montjoie/Bengelsdorf 2002, S. 16). Das bedeutet, dass schon kleine Mengen von Alkohol zu einer Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit führen. Alkoholkonsum erhöht beträchtlich das Unfallrisiko. Es wird davon ausgegangen, dass viele der Betriebsunfälle aufgrund von falscher Bedienung der Maschinen auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. „20 bis 25 Prozent der Arbeitsunfälle ereignen sich unter Alkoholeinwirkung“ (Bischof/Hutterer 2015). Alkoholisierte Arbeitnehmer stellen deshalb ein gesteigertes Sicherheitsrisiko für den Betrieb dar. Es kommt bei Alkoholabhängigen vermehrt zu Fehlzeiten. Arbeitnehmer mit einem Alkoholproblem sind im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern, aufgrund von ihren Rauschzuständen und den Folgeschäden durch Alkohol häufiger arbeitsunfähig. „In deutschen und amerikanischen Unternehmen hat man folgende Fehlzeiten bei alkoholkranken Mitarbeitern festgestellt: 16-mal häufigeres Fernbleiben vom Arbeitsplatz, 2,5-mal häufiger krank, 1,4-mal längeres Fehlen nach Unfällen“ (Hallmaier 2005, S. 522-523). Das Fernbleiben am Arbeitsplatz und die Krankmeldungen des Alkoholabhängigen bedeuten für den Betrieb mangelnde Auslastung von Fertigungskapazitäten und Überstunden für andere Arbeitnehmer. Man spricht hierbei von „Absentismus“. „Der Begriff „Absentismus“ (engl.: *absenteeism*) beschreibt das Fernbleiben der Arbeitnehmer von ihrem Arbeitsplatz“ (Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 8). Folgen hiervon sind, dass dem Betrieb Verluste und zusätzliche Kosten entstehen. Hinzu kommt, dass durch die zusätzlichen Belastungen und Störungen das Betriebsklima negativ beeinflusst wird. Auch die Leistungsfähigkeit wird unter Alkoholkonsum beeinträchtigt. Häufig ist es jedoch so, dass trotz Alkoholkonsums die Arbeitnehmer versuchen ihrer Arbeit nachzukommen, z.B. aus Angst vor Verlust des eigenen Arbeitsplatzes. Es kommt zum Problem des „Präsentismus“ (engl.: *presenteeism*). Der Begriff „Präsentismus bezeichnet das Verhalten von Arbeitnehmern, trotz einer akuten bzw. chronischen Erkrankung den Arbeitsplatz aufzusuchen und der Arbeit weiterhin nachzukommen“ (Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 7). Alkoholismus bedingt auch eine verminderte physische und psychische Leistungsfähigkeit.

„Statistisch ist die Annahme gestützt, dass ein Mitarbeiter mit Alkoholproblemen etwa 25 % seiner Arbeitsleistung nicht erbringen kann. Die Kosten, die für den Betrieb dadurch entstehen, hat man mit 1,25 % der gesamten Lohn- und Gehaltssumme eines Unternehmens errechnet“ (Hallmaier 2005, S. 522).

Dadurch kommt es auch häufig zu Qualitätsverlusten und kann dazu führen, dass das Image des Betriebes geschädigt wird.

4.4 Gesetzliche und betriebliche Regelungen

Für den Einzelnen, die gesamte Belegschaft, den Betrieb und die Verwaltung birgt Alkohol im Lebensbereich der Arbeit, am Arbeitsplatz, große Gefahren und Risiken.

4.4.1 Gesetzliches Alkoholverbot

Es gibt nur wenige gesetzliche Regelungen bezüglich des Alkoholkonsums. Seitens des Gesetzgebers existiert keine Vorschrift, die den Alkoholkonsum am Arbeitsplatz verbietet. Auf ein generelles gesetzliches Alkoholverbot kann sich daher der Arbeitgeber nicht berufen. Nur das Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) sieht vor, dass an Jugendlichen unter 16 Jahren keine alkoholischen Getränke gegeben werden dürfen. Eine der wenigen gesetzlichen Regelungen sieht das Straßenverkehrsgesetz (StVG) vor, indem die Blutalkoholkonzentrationswerte (BAK-Werte) für das Fahren eines Kraftfahrzeuges festgelegt sind. Ab einen BAK-Wert von 0,5 Promille (§ 24 a StVG) liegt relative Fahruntüchtigkeit und ab einen BAK-Wert von 1,1 Promille liegt absolute Fahruntüchtigkeit vor (§§ 315 c Abs. 1 Nr. 1 a, 316 Strafgesetzbuch, StGB). Die Grenzwerte, BAK-Werte, die im StVG festgesetzt sind, finden auch Anwendung im Rahmen der Arbeitsverhältnisse z.B. für Berufskraftfahrer. Sie lassen sich jedoch nicht ohne Weiteres auf die Arbeitswelt übertragen.

4.4.2 Berufsgenossenschaftliches Alkoholverbot

§ 38 Abs. 1 Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „allgemeine Vorschriften“ – Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) 1 sieht ebenfalls kein absolutes, sondern nur ein relatives Alkoholverbot bei gefahrgeneigter Arbeit am Arbeitsplatz vor. Nach diesem „relativen Alkoholverbot“ wird zwischen den einzelnen Tätigkeitsbereichen für die zulässige Alkoholmenge unterschieden. Gerade bei gefahrgeneigter Arbeit darf der Arbeitgeber strengere Maßstäbe für die zulässige Alkoholmenge ansetzen. Arbeitnehmer dürfen sich nach § 38 Abs. 1 UVV nicht durch Alkoholkonsum in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder Dritte gefährden können. Ein absolutes Beschäftigungsverbot seitens des Arbeitgebers besteht nach § 38 Abs. 2 VBG 1 dann, wenn der Mitarbeiter in einem Zustand, aufgrund von Alkoholkonsum, nicht mehr dazu fähig ist, seine Arbeit ohne Gefahr für sich selbst oder Dritte, auszuüben. Der Verantwortungsbereich für die Einhaltung der UVV liegt bei dem Arbeitgeber und den Berufsgenossenschaften. Der Arbeitgeber kann jedoch die Alkoholisierung des Arbeitnehmers nur mit seiner Einwilligung kontrollieren („Alkohol-Test“).

4.4.3 Betriebliches Alkoholverbot – absolutes Alkoholverbot

Ein absolutes Alkoholverbot kann jedoch im Betrieb, mit dem Betriebsrat, für alle Arbeitnehmer im Rahmen einer Betriebsvereinbarung nach § 87 Abs. 1 Nr. 1, 7 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) festgelegt werden. Der Arbeitgeber kann auch in den Arbeitsverträgen oder durch sein Direktionsrechts ein absolutes Alkoholverbot anordnen.

4.4.4 Betriebliches Alkoholverbot – abgestuftes Alkoholverbot

Es besteht aber auch die Möglichkeit der Vereinbarung eines abgestuften Alkoholverbotes, je nach Differenzierung der unterschiedlichen Konzentrations-, Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen der Arbeitsplätze. Aus der Nebenpflicht des Arbeitsvertrages ergibt sich für den Arbeitnehmer letztendlich ein relatives Alkoholverbot. Die Nebenpflicht besagt, dass während der Arbeitszeit und in den Pausen der Arbeitnehmer sich nicht in einen alkoholisierten Zustand versetzen darf, der es ihm nicht ermöglicht seine Arbeit ordnungsgemäß zu erbringen. Es liegt in diesem Fall eine Pflichtverletzung des Arbeitnehmers vor, da er seine Arbeit (ordnungsgemäße Leistung) nicht durch Alkoholkonsum beeinträchtigen darf.

4.4.5 Rechtsfolgen

Entscheidend für eine Abmahnung oder Kündigung ist, ob es sich um eine gefahrgeneigte Arbeit handelt und welche Schäden dadurch verursacht werden können („verhaltensbedingte Kündigung“). Ist der Arbeitnehmer alkoholkrank sind die Handlungsmöglichkeiten des Arbeitgebers eingeschränkt. Nur im Falle einer negativen Prognose, z.B. Verweigerung der Therapie nach mehreren Gesprächen oder der Rückfall nach erfolgreicher Therapie kann eine Kündigung ausgesprochen werden („personenbedingte Kündigung“). Kommt es zu alkoholbedingten Arbeitsunfällen entfällt der Versicherungsschutz für den Arbeitnehmer. Der Arbeitgeber haftet in einem solchen Fall, falls er ihn nicht an der Arbeit gehindert hat. Die Durchführung eines „Alkoholtests“ darf nicht gegen den Willen bzw. ohne Einwilligung des Arbeitnehmers erfolgen. Aufgrund des verfassungsmäßigen garantierten Grundrechts auf körperliche Integrität ist seine ausdrückliche Zustimmung erforderlich. Der Arbeitgeber kann daher nur auf seine subjektiven Wahrnehmungen vertrauen.

4.5 Betriebliche Alkoholprävention und Maßnahmen bei Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit

Der Arbeitsplatz ist ein geeignetes Setting zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmer. Die Arbeitszeit von Berufstätigen nimmt durchschnittlich ca. zwei Drittel des Tages ein (Vgl. Neuner 2016, S. 3). Um eine Entstehung von Alkoholabhängigkeit am Arbeitsplatz zu verhindern, muss bereits der erste Ansatzpunkt die Prävention sein. Aus dem Arbeitsverhältnis ergibt sich eine Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber ist, aus dem in § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) enthaltenen Grundsatz von „Treu und Glauben“, verpflichtet Arbeitsbedingungen zu schaffen, die jeden seiner Arbeitnehmer vor Gefahren für Leib, Leben und Gesundheit schützen. „Inzwischen wird auch eine Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung verlangt (vgl. § 5 ArbSchG Ziffer 6 [...])“ (Bode/Maurer/Kröger 2017, S. 39). Auch das ArbSchG, § 15 Abs. 1 und § 16 ArbSchG, sieht eine Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, die Pflicht zur Minimierung von Sicherheitsrisiken, vor. „Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit [...]“ (Neuner 2016, S. 113). Folgerichtig wird im ArbSchG, um die Gesundheit der Arbeitnehmer zu erhalten, eine „menschengerechte Gestaltung“ der Arbeit gefordert. Aus der so bestehenden Fürsorgepflicht des Arbeitgebers ergibt sich die Verpflichtung für den Arbeitgeber zur Alkoholprävention, d.h. die Pflicht die Gesundheit und Leben jeden Arbeitnehmers zu schützen und

Sicherheitsrisiken einzugrenzen. Die UVV enthalten dabei maßgebliche Regelungen zur betrieblichen Suchtprävention (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ § 7 Abs. 2). Nach den arbeitsrechtlichen Vorschriften trägt der Arbeitgeber dafür die Verantwortung. Die Suchtprävention ist in die Unternehmenskultur fest zu verankern. Dem Arbeitgeber bzw. dem direkten Vorgesetzten kommt dabei eine Vorbildfunktion zu. Das Leitbild heißt dabei „helfen statt kündigen“. Eine erfolgreiche Suchtprävention dient nicht nur der Gesunderhaltung der Arbeitnehmer, sondern auch der Senkung der Betriebskosten durch die Vermeidung von Leistungsabfällen, Produktivitätsverlusten, Fehlzeiten, sowie Unfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen wären. Um der Gefährdung von Alkoholabhängigkeit vorzubeugen und vorhandene Ressourcen der Arbeitnehmer zu stärken, ist es erforderlich Strategien der betrieblichen Gesundheitsprävention mit der Gesundheitsförderung zu verbinden.

4.5.1 Betriebliche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit

Die Vorbeugung, Intervention und Beratungs- und Suchthilfe ist wesentlicher Bestandteil der Suchtprävention. Die betriebliche Alkoholprävention unterscheidet zwischen den drei Bereichen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (siehe 2.4.1 Prävention: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention). Das Ziel der Primärprävention ist gesundheitsschädigende Faktoren bereits vor ihrer Entstehung auszuschalten. Die Zielgruppe der Primärprävention gegen Alkohol sind dabei alle Arbeitnehmer des Betriebes. Durch die Primärprävention soll einer Alkoholabhängigkeit von Arbeitnehmern, bevor sie entsteht, vorgebeugt werden. Es soll mit frühzeitigen Interventionen im Betrieb schädlicher Alkoholkonsum verhindert werden, sodass eine Alkoholabhängigkeit erst gar nicht entstehen kann. Durch den Arbeitgeber können in Betriebsvereinbarungen, mit entsprechenden betrieblichen Richtlinien, Maßnahmen zur Alkoholprävention ausgearbeitet werden. Unter Betriebsvereinbarungen versteht man Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat. Beispiele für Maßnahmen der Primärprävention gegen Alkohol sind: Arbeitszeitliche Einschränkung des Alkoholkonsums, Alkoholverbot bzw. allgemeines Nüchternheitsgebot auf der Arbeit (Punktnüchternheit: 0,0 Promille), die Kantinenregelung über das Verkaufsverbot alkoholischer Getränke (eingeschränkte Verfügbarkeit) und Aufzeigen der arbeitsrechtlichen Folgen bei Verstößen gegen festgelegte betriebliche Vereinbarungen bezüglich von Alkoholkonsum. Hinzukommen als Präventionsmaßnahmen die Aufklärung der Arbeitnehmer über die Alkoholabhängigkeit (Suchtgefährdung), d.h. über einen riskanten Alkoholkonsum und über die Wirkung, Folgeschäden und -erkrankungen, die durch Alkohol bedingt sind. Die Ziele und Möglichkeiten der Suchtprävention und -hilfe sollen den Arbeitnehmern dabei ebenfalls aufgezeigt werden. Der Ansatzpunkt und das Ziel der Sekundprävention gegen Alkohol ist die Früherkennung der Anzeichen eines riskanten und schädlichen Alkoholkonsums bzw. Alkoholmissbrauchs, sowie die rechtzeitige Einleitung einer Behandlung. Bestehende Risikofaktoren und Krankheitsursachen für eine Alkoholabhängigkeit sollen, soweit wie möglich, reduziert und beseitigt werden. Arbeitnehmer, die einen riskanten und schädlichen Alkoholkonsum aufweisen, müssen daher frühzeitig erkannt werden, damit die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit verhindert werden kann. Es hat sich gezeigt, dass frühzeitiges Ansetzen und Eingreifen durch Interventionen erfolgreicher ist. „Bezogen auf Alkohol im Betrieb bedeutet dies, dass Vorgesetzte, aber auch Kollegen, eine Alkoholproblematik möglichst frühzeitig erkennen und wissen, wohin sie sich wenden können, damit sachgerechte Hilfe eingeleitet wird“ (Gostomzyk 2009, S. 34). Daher ist es erforderlich, dass Vorgesetzte und Arbeitnehmer ausreichend informiert sind über die Erkrankung und zudem wissen

welche Hilfen möglich sind. Mit der Tertiärprävention wird darauf geachtet, dass die Folgeschäden und -erkrankungen durch den Alkoholkonsum geringgehalten werden und ein Rückfall verhindert wird. Die Tertiärprävention greift nach einer erfolgreichen ambulanten oder stationären Entzugsbehandlung (Entgiftung) zur Stabilisierung eines abstinenten Verhaltens und einer beruflichen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. Für ihre Umsetzung werden Ansprechpartner im Betrieb als Suchtfachkräfte geschult und es wird Kontakt zu Selbsthilfegruppen unterhalten.

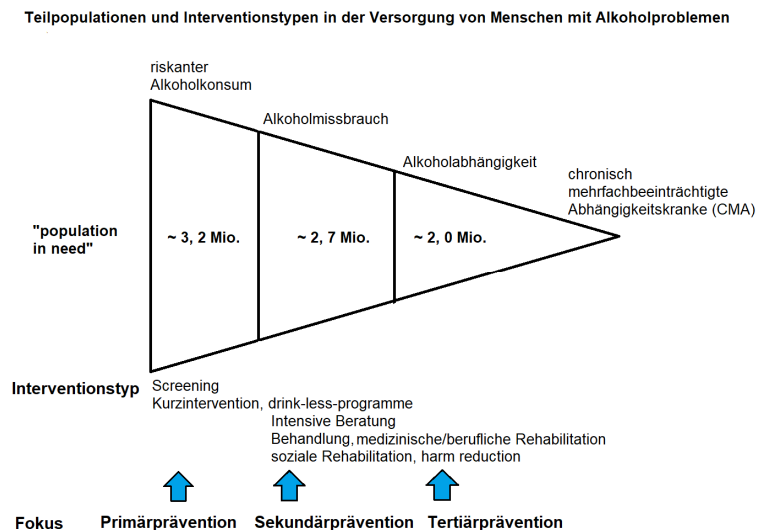


Abbildung 3: Teilpopulationen und Interventionstypen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wienberg 2002, S. 26)

4.5.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention bei Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit

In den drei Bereichen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wird zudem zwischen den zwei Ausrichtungen bzw. Ebenen der Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden (siehe 2.4.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention). Die Maßnahmen der Verhaltensprävention zielen auf eine Einstellungs- und Verhaltensänderung, gerichtet an alle Arbeitnehmer bzw. einer bestimmten Zielgruppe. Die Maßnahmen der Verhältnisprävention sind unter anderem Angebote zur individuellen Konsumreduzierung von Alkohol mit Hilfe von Kursen und so genannten „Drink-Less-Programmen“ bzw. Alkoholprävention für Auszubildende. Mit den Maßnahmen der Verhältnisprävention wird versucht Rahmenbedingungen und Strukturen im Betrieb zu schaffen, die einer Suchtentstehung vorbeugen, wie z.B. zu hohe Anforderungen und Stressbelastungen, zu reduzieren.

4.5.3 Aufbau eines betrieblichen Präventionsprogramms

Für den Aufbau eines betrieblichen Präventionsprogramms gibt es in vielen Betrieben einen innerbetrieblichen „Arbeitskreis Sucht“. Dieser setzt sich aus mehreren Vertretern der Personalabteilung, des Betriebsrates, der Arbeitssicherheit, des betriebsärztlichen Dienstes, Arbeitnehmern und Vorgesetzten zusammen. Der „Arbeitskreis Sucht“ ist für die Koordination und Organisation der betrieblichen Suchtprävention zuständig. Dabei gehört zu seinen wichtigsten Aufgaben die betriebliche Öffentlichkeitsarbeit, die darauf abzielt das Problem Alkohol bekannt zu machen und zu einer

Einstellungsänderung führt. „Der Arbeitskreis sollte das Thema Suchtprobleme im Betrieb dauerhaft interessant gestalten, um eine Kontinuität in der Auseinandersetzung mit dem Thema im Betrieb zu erreichen“ (Montjoie/Bengelsdorf 2002, S. 68). Der „Arbeitskreis Sucht“, der selbst nicht im Einzelfall tätig wird, sorgt auch für die Ausbildung von betrieblichen Helfern und Ansprechpartnern, die entsprechend geschult sind.

4.5.4 Stufenplan des betrieblichen Hilfsprogramms

Die Mehrheit der Betriebe orientiert sich im Umgang mit Alkoholabhängigen bei Interventionen an einer sechststufigen Vorgehensweise.

„Aus arbeitsrechtlicher Sicht besteht eine Verpflichtung zur Hilfe, weil Alkoholabhängigkeit seit 1968 (Urteil des Bundessozialgerichts) als Krankheit anerkannt ist. Bevor es zu einer krankheitsbedingten Kündigung kommt, muss vom Betrieb Hilfe angeboten werden“ (Montjoie/Bengelsdorf 2002, S. 74).

Ziel des sechs Stufen-Programms ist es mittels Gesprächen den Betroffenen zu einer ambulanten oder stationären Behandlung zu motivieren. Verweigert der Betroffene die Hilfe, so kann dies letztendlich zur Kündigung führen. In einem ersten Gespräch wird dem Betroffenen, die gemachten Verhaltensauffälligkeiten dargelegt und ein Unterlassen vereinbart. Kommt es erneut zu einem Fehlverhalten des Betroffenen findet ein zweites Gespräch statt. Gegebenenfalls wird hier eine Abmahnung angekündigt und die Inanspruchnahme einer Suchtbehandlung empfohlen. Ein drittes Gespräch findet dann statt, wenn es zum wiederholten Fehlverhalten kommt. Die erste Abmahnung wird ausgesprochen und eine weitere angedroht, falls es zu keiner Einsicht kommt und keine Suchtberatung aufgesucht wird. Ändert der Betroffene sein Verhalten weiterhin nicht, kommt es zu einem vierten Gespräch und eine zweite Abmahnung wird ausgesprochen. Liegt darüber hinaus immer noch keine Einsicht vor, wird eine Behandlung weiterhin abgelehnt, wird im fünften Gespräch bei weiteren Verstößen gegen arbeitsrechtliche Verpflichtungen die Kündigung, als „ultima ratio“ (dt. „das allerletzte Mittel“), angedroht. Tritt keine Besserung ein wird in einem letzten sechsten Gespräch die Kündigung tatsächlich ausgesprochen.

Stufenschema zum Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern

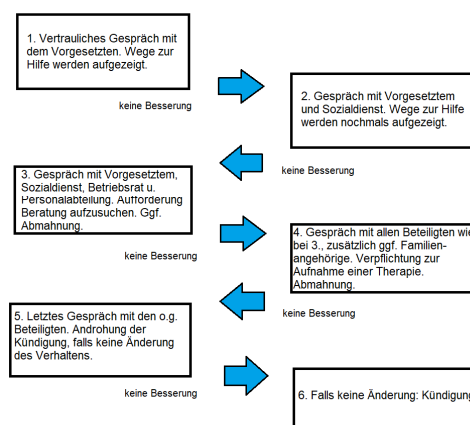


Abbildung 4: Stufenschema zum Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Längle/Günthner/Mann 1995, S. 157)

5 Kampagnenmanagement im Gesundheitsbereich

Kampagnenmanagement ist heute das Mittel, auch im Gesundheitsbereich, das dazu eingesetzt wird auf gesellschaftliche Probleme und Krankheiten, wie z.B. auf Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, aufmerksam zu machen und aufzuklären. Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich gewinnen immer mehr an Bedeutung und führen zur Suche nach erforderlichen, geeigneten und präventiven Maßnahmen. Erklären lässt sich dies durch den wachsenden Gesundheitstrend in der Gesellschaft, aber auch durch den hohen sozialen und volkswirtschaftlichen Schaden, der durch ungesunde Lebensweisen entsteht. Die Vielzahl der Gesundheitskampagnen und ihr hoher Ressourceneinsatz zeigen ihre wichtige Bedeutung in der Gesellschaft. Inhalt von Kommunikationskampagnen können unterschiedliche Gesellschaftsthemen sein. Der Gesundheitsbereich stellt das bedeutendste Themenfeld dar. In den westlichen Industrieländern gibt es Informations- und Aufklärungskampagnen über Alkohol bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Die Gesundheit und Lebensqualität wird von Konjunkturforschern als so genannter sechster „Kondratieff-Zyklus“ („Schlüsselinnovation“, „nächste Welle“) angesehen. „Der Bedarf nach einer ganzheitlichen Gesundheit wird mittlerweile sogar als kommender Konjunkturzyklus der Weltwirtschaft angesehen (sog. sechster Kondratieff-Zyklus, vgl. Nefiodow 2006)“ (Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, S. 5). Nicht das Materielle steht nun im Vordergrund, sondern die psychosoziale Kompetenz und das Gesundheitswesen. Über die Notwendigkeit und Wichtigkeit von Prävention von Krankheiten besteht unter den Akteuren Einigkeit. Man verspricht sich damit eine bessere Lebensqualität und die Senkung der volkswirtschaftlichen Kosten. Früher waren die klassischen Medien Print und TV, um die Zielgruppen anzusprechen. Mit ihnen konnten homogene Massen mit konsistenten Botschaften erreicht, überzeugt und aktiviert werden. Mit der Digitalisierung hat sich dies, jedoch verändert. Die digitalen Medien, mit den vielen verschiedenen individuellen Schnittstellen, erschweren die Erreichung der Zielgruppe. Gerade dies ist, jedoch für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich ein entscheidender Erfolgsfaktor.

5.1 Definition Kampagnenmanagement

Ursprünglich kommt der Begriff „Kampagne“ aus dem militärischen Bereich (Vgl. Graf von Bernstorff 2017, S. 113). „>> Kampagne << stammt von lat. *campus*, was >> Feld << bedeutet“ (Graf von Bernstorff 2017, S. 113). Im 17. Jahrhundert wurde das Wort „Kampagne“ in die deutsche Sprache in der Bedeutung von Feldzug übernommen. Heutzutage hat sich dieser Begriff aus seinem militärischen Ursprungs-kontext gelöst.

„Kampagnen sind dramaturgisch angelegte, thematisch begrenzte, zeitlich befristete kommunikative Strategien zur Erzeugung öffentlicher Aufmerksamkeit, die auf ein Set unterschiedlicher kommunikativer Instrumente und Techniken – werbliche und marketingspezifische Mittel und klassische PR-Maßnahmen – zurückgreifen. Ziele von Kampagnen sind: Aufmerksamkeit erzeugen, Vertrauen in die eigene Glaubwürdigkeit schaffen und Zustimmung zu den eigenen Intentionen und/oder Anschluss-handeln erzeugen [...] (Röttger 1998: 667)“ (Donges 2009, S. 135).

Kommunikationskampagnen haben zum Ziel die öffentliche Aufmerksamkeit zu erreichen. Der Begriff der „Kommunikationskampagne“ beinhaltet nach Bonfadelli zwei wesentliche Punkte: Die Interaktivität der kommunikativen Prozesse und die bestehende Intensität, Systematik und Zielgerichtetheit. „Kommunikation bedeutet die Übermittlung von Informationen und Bedeutungsinhalten zum Zweck der Steuerung von Meinungen, Einstellungen, Erwartungen und

Verhaltensweisen bestimmter Adressaten gemäß spezifischer Zielsetzungen“ (Bruhn 2015, S. 3). Kommunikation (lat. „communicatio“, dt. „Mitteilung“) ist ein zielgerichteter Prozess der Vermittlung von Information zwischen einem Sender und einem Empfänger. Dies kann entweder durch Sprache, Gestik, Mimik, Schrift, Bild oder Ton erfolgen. „Aus Marketingperspektive versteht man unter Kommunikation das Senden von verschlüsselten Informationen, um beim Empfänger eine Wirkung zu erzielen“ (Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2015, S. 569). Als Paradigma der Kommunikation, die Basis für die systematische Aufbereitung, sind die nachfolgend beschriebenen einzelnen Stufen des Kommunikationsprozesses anzusehen:

„[...] **Wer** (Unternehmen) sagt **was** (Kommunikationsbotschaft) unter welchen **Bedingungen** (Umwelt-, Wettbewerbssituation) über welche **Kanäle** (Kommunikationsinstrumente) auf welche **Art und Weise** (Gestaltung der Kommunikationsbotschaft) **zu wem** (Zielgruppen) mit welcher **Wirkung** (Kommunikationserfolg)?“ (Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2015, S. 570).

Um von einer Kampagne sprechen zu können, bedarf es für die Organisation, ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen. Die Maßnahmen und Ziele der Kampagne müssen zudem langfristig angelegt sein. Weitere charakteristische Merkmale einer Kommunikationskampagne sind – Merksatz:

„[...] 1) die Konzeption, Durchführung und Evaluation von 2) systematischen und zielgerichteten 3) Kommunikationsaktivitäten zur 4) Förderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen 5) gewisser Zielgruppen 6) im positiven, d.h. gesellschaftlich erwünschten Sinn“ (Bonfadelli/Friemel 2010, S. 16).

Bei den Kommunikationskampagnen ist zu unterscheiden zwischen kommerziellen und sozialen Marketing. Kommunikationskampagnen im kommerziellen Marketing sind Werbe- und Markenkampagnen. Zum sozialen Marketing gehören die Kampagnen-Typologien „Informations-“ und „Mobilisierungskampagnen“, die auf das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten und das Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft ausgerichtet sind. Informationskampagnen werden auch als „Aufklärungs- oder Sozialkampagnen“ bezeichnet. Sie unterscheiden sich von den „Mobilisierungskampagnen“ dadurch, dass das Ziel der Akteure die Einstellung- und Verhaltensänderung von Zielgruppen ist. Die Akteure von Mobilisierungskampagnen haben hingegen das Ziel ihre Zielgruppen zum aktiven Mitmachen zu motivieren. „Präventionskampagnen“ sind sowohl „Informations-“, als auch „Mobilisierungskampagnen“. Die wichtigsten zentralen Akteure von Gesundheitskampagnen kommen aus Politik, Wirtschaft, Kirche, Zivilgesellschaft, Wissenschaft oder Medien. Sie vertreten und verfolgen unterschiedliche Interessen mit unterschiedlichen Einfluss- und Kompetenzbereich auf die Zielgruppen. Differenziert wird dabei zwischen „Non-Profit-Organisationen“ (NPO) und „Non-Governmental-Organisationen“ (NGO). NPO's sind nicht am Gewinn orientiert, während der Begriff NGO's, auf die politische Rolle der Organisation hinweist. Unter „top down Kampagnen“ („Kampagnen von oben nach unten“) versteht man Kampagnen von staatlichen Institutionen, während mit „bottom up Kampagnen“ („Kampagnen von unten nach oben“) Akteur die Zivilgesellschaft ist. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist „Greenpeace“. Nach dem Greenpeace-Campaigner Peter Metzinger sind Kampagnen

„[...] die Kunst, ohne formelle Machtausübung durch geschickte Kommunikationsstrategie und durch den koordinierten und gezielten Einsatz der Kampagnenmittel in Auseinandersetzung mit den spezifischen Interessen (im besonderen Widerstand) Anderer in einem mitunter sehr dynamischen Umfeld Veränderungen zu bewirken und ein gewünschtes Ziel zu erreichen [...] (Zitiert nach Buchner et al. 2005, S. 41)“ (Pietzcker 2016, S. 3).

Das Besondere an „bottom up Kampagnen“ ist, dass sie mit minimalen Mitteln einen hohen Grad an Aufmerksamkeit erzielen können.

5.2 Systemmodell von Kommunikationskampagnen

Das Kampagnenmanagement setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Die Kampagne, als psychologischer Faktor, der Managementprozess und dem Informations-Technologie/Business Intelligence. Bei der Konzeption und Durchführung von Kampagnen handelt es sich letztendlich um einen strategischen Managementprozess. Dabei bilden Modelle und Theorien aus der Kommunikationswissenschaft und Gesundheitspsychologie, sowie der Medien bzw. Werbewirkungsforschung die Grundlage. Der Gegenstand von Kommunikationskampagnen wird allgemein bestimmt durch das Thema, die Zielgruppe und den damit einhergehenden Kommunikationszielen. Anhand des Systemmodells von Kommunikationskampagnen nach Bonfadelli werden die zentralen Prozesse, als die „sieben Elemente“, einer Kampagne erläutert.

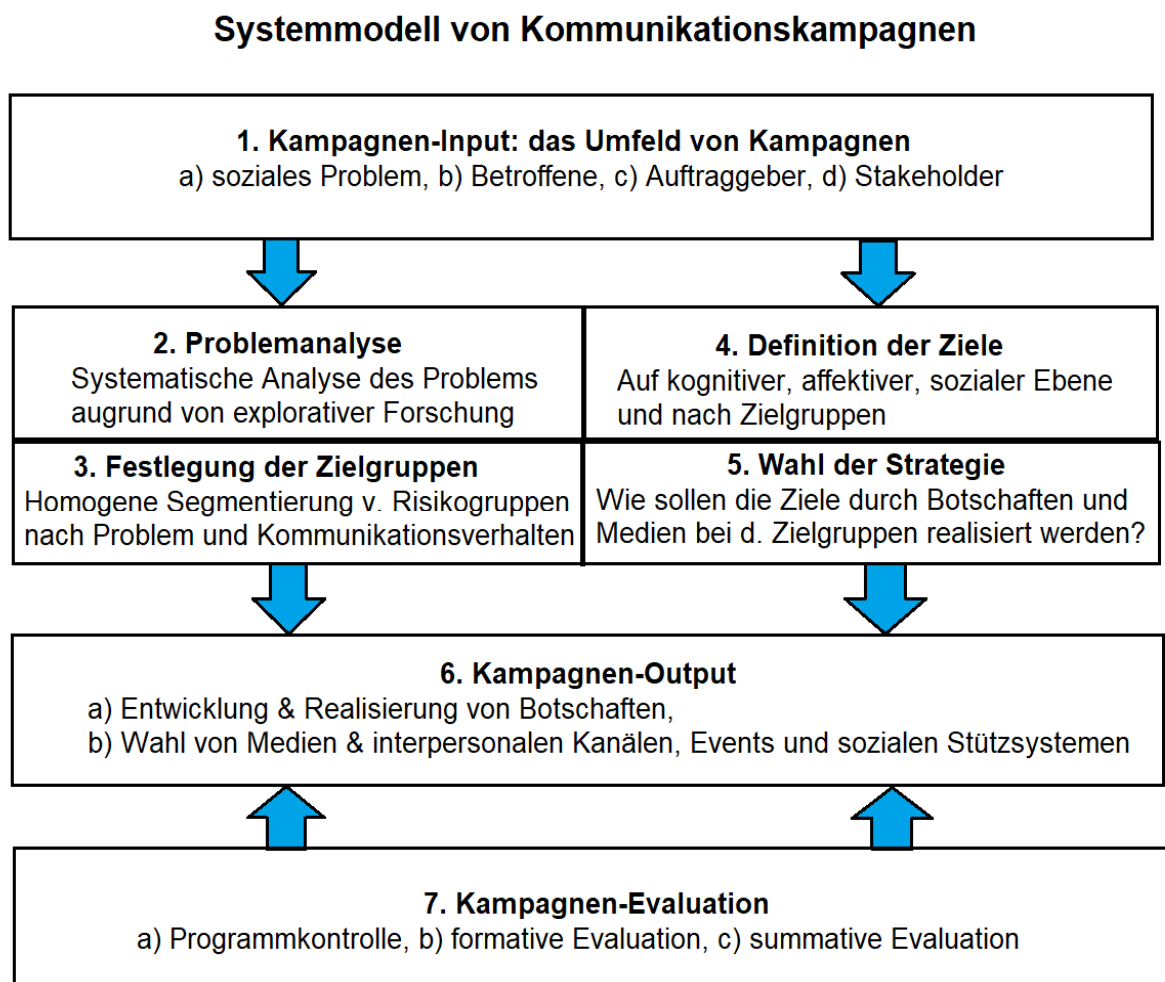


Abbildung 5: Systemmodell von Kommunikationskampagnen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bonfadelli/Friemel 2010, S. 25)

5.2.1 Kampagnen-Input

Für die Planung, Umsetzung und für den Erfolg einer Kommunikationskampagne entscheidet in erster Linie das Kampagnen-Input, die Konstellation des sozialen Umfelds. Das Thema, ein soziales bzw. gesundheitliches Problem, muss konkret definiert werden. Dabei ist zu klären, wie hoch die Medienresonanz des Problems bereits ist und wer zu den relevanten Stakeholdern (dt. „die relevanten Anspruchsgruppen“, „Einsatz oder Beteiligung“) gehört. Für eine erfolgreiche Kampagnendurchführung müssen alle potentiellen Partner und Kampagnenträger miteinbezogen werden. Die Betroffenen sind eine weitere wichtige Anspruchsgruppe, die entweder als Risikogruppe selbst direkt betroffen ist oder durch ihr eigenes Verhalten ein soziales Problem verursachen. Ihr Einfluss auf die Kampagnen ist jedoch nur indirekt. Eine Kommunikationskampagne wird erst dann durchgeführt, wenn das soziale Problem für die Öffentlichkeit von gewisser Bedeutung ist und die Kommunikationskampagne als effektive Maßnahme in Frage kommt. Die Wahl der Kommunikation muss danach die passende optimale Strategie zur Lösung des Problems sein. Als „Auftraggeber“ von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich sind zu nennen: Zivilgesellschaftsorganisationen, das politische System, meist die Regierung eines Landes bzw. deren ausführenden Behörden z.B. die BZgA in Deutschland. Sie sind für die Planung, Durchführung und Evaluation der Kampagnen verantwortlich und als „Auftraggeber“ eindeutig zu erkennen. Die Interessen und Aktivitäten der Stakeholder müssen mit der Kampagnenumsetzung übereinstimmen. Wichtig ist auch, dass die durchzuführende Kampagne eine gewisse Kontinuität, sowohl nach innen, als auch nach außen, aufweist.

5.2.2 Problemanalyse

Daran schließt sich die Problemanalyse an. Sie ist erforderlich für eine erfolgreiche Realisierung der Kampagnen. Die epidemiologische Ausgangslage, d.h. alle relevanten Zahlen, Daten und Fakten, müssen zuvor ermittelt werden. Hierzu ist eine systematische Problemanalyse anhand von explorativer Forschung (z.B. durch Statistiken, Publikationen, repräsentative Umfragen und qualitative Exploration) notwendig. Wichtig ist, vor allem aus der Sicht der Betroffenen, die Problematik und etwaige Lösungsmöglichkeiten abzuklären, um festzustellen, welche individuellen Barrieren, strukturelle Zwänge und normativer Druck Einfluss auf die Verhaltensänderung haben können. Die Problemanalyse erfordert eine umfassende Betrachtung und Berücksichtigung von allen bestehenden Interessengruppen.

5.2.3 Zielgruppenbestimmung

Aus der modernen Kampagnenforschung ergibt sich, dass Kommunikationskampagnen immer zielgruppengerichtet sein müssen. Massenkommunikation ist nicht geeignet, da diese zu unspezifisch ist. Es besteht hier nur die Möglichkeit eines bedingt unmittelbaren Feedbacks. Die Kampagnenbotschaften müssen daher auf die entsprechende Zielgruppe (soziale Bezugsgruppe) ausgerichtet sein und schon ihre Reaktionen mitberücksichtigen. Die Bestimmung der Zielgruppe erfolgt in der Regel aus der Problemanalyse. Unter Zielgruppe versteht man eine Personengruppe, die gleiche Merkmale und Einstellungen besitzen. Die Festlegung der Zielgruppe ergibt sich anhand soziodemografischer Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung und wirtschaftlicher Status), nach Lebensstilen, Wertekodex, Konsumgewohnheiten, Freizeitinteresse, Mediennutzung und Problembezug (indirekt Betroffene als

Bezugsperson). Weitere Möglichkeiten zur Festlegung der Zielgruppe sind die Unterteilung in Teilzielgruppen, nach Wichtigkeit oder Empfänglichkeit.

5.2.4 Ziele: Verhaltens- und Verhältnisänderung

Das Kampagnenmanagement hat zum Ziel mit der richtigen Botschaft und Kommunikationsstil, mit den geeigneten Kommunikationsinstrumenten, zum richtigen Zeitpunkt, die anzusprechende Zielgruppe zu erreichen. Das Kampagnenmanagement geht dabei von einem „Management-Regelkreis“, im Gesundheitsbereich für Kommunikationskampagnen, den so genannten „Public Health Action Cycle“, mit den Prozessphasen der Situationsanalyse, dem Planungs- und Interventionskonzept, Durchführung und Implementation, sowie der Evaluation, die als Wirkungsanalyse zur Verbesserung der Kampagne (Effektivität und Effizienz) dient, aus. Daher kommt den Zielen die wichtige Funktion der Koordination, Steuerung, Motivation und Evaluation zu. Sie leiten sich aus den übergeordneten Marketingzielen ab, mit denen sie in einer direkten Mittel-Zweck-Beziehung stehen. Für eine Kampagne muss die Zielsetzung eindeutig definiert sein. Dies ist einmal wichtig für die Festlegung der Strategie und inhaltlichen Botschaft, aber auch für die Zielgruppe, damit diese den Sinn der Kampagne eindeutig erkennen kann. Hinzu kommt, dass im letzten Prozessabschnitt in der Evaluation, die Kontrolle, der Wirkungseffekt und Erfolg einer Kampagne nur mit Hilfe von vorher klar definierten Zielen ermittelt und gemessen werden kann. Die Ziele müssen so gesetzt sein, dass sie von der Zielgruppe auch erreichbar sind. Dabei muss die Ausgangslage miteinbezogen werden und die Vorgehensweise zur Problemlösung muss detailliert erläutert werden. Im Gesundheitsbereich darf der Fokus der Kampagne daher nicht nur auf dem Risikoverhalten liegen, sondern die Kampagne sollte auf alternative Lösungswege, unter Berücksichtigung von gegebenen Normen, hinweisen. Informations- und Aufklärungskampagnen haben entweder das Ziel zur Mobilisierung und/oder zur Information. Sie können sowohl individuellen, als auch gesellschaftlichen Nutzen haben.

„Und schließlich unterscheiden sich Kampagnenziele nach Rogers/Storey (1987: 823) auch dahingehen, ob a) Information oder Verhaltensänderung (engl.: Level of Objectives), b) das Individuum oder die Gesellschaft (engl.: Locus of Change) oder c) der Sender oder Empfänger (engl.: Locus of Benefit) im Zentrum steht [...]“ (Bonfadelli/Friemel 2010, S. 29-30).

Kommunikationskampagnen haben danach nicht nur das Ziel der Information bzw. Aufklärung über die Problemthematik, sondern wollen auch die Meinung und das Verhalten der Zielgruppe beeinflussen. Hauptziel von Kommunikationskampagnen sind danach die Verhaltens- und Verhältnisänderung der jeweiligen Zielgruppe. „Zielerreichung bedeutet in diesem Sinne stets Bewusstseinswandel und Aktion [...]“ (Pietzcker 2016, S. 4). Mögliche Ziele, bezüglich der Einstellungen und des Verhaltens der Zielgruppe, werden auf den drei Ebenen, die kognitive (Wissen/Kognition), affektive (Einstellung/Emotionen) und Verhaltensebene (Aktion/Verhalten), unterschieden. Diese können nur nacheinander erreicht werden. Zu den Zielen der kognitiven Ebene gehören das Problematisieren, Informieren und Orientieren. Ziel ist, dass das Problem erkannt wird und genügend Beachtung von der Zielgruppe geschenkt bekommt („Problembewusstsein schaffen“). Darüber hinaus soll die Zielgruppe über die Ursachen und Zusammenhänge aufgeklärt werden und eine neue Sichtweise der Problematik soll bei der Zielgruppe erreicht werden. Die Ziele der affektiven Ebene sind das Sensibilisieren und Motivieren. Die Zielgruppe soll die empfohlenen Handlungen akzeptieren, annehmen können und motiviert sein, sich an entsprechende Verhaltensweisen auch zu halten und diese umzusetzen. Die dritte Ebene, die Verhaltensebene, hat das Kanalisieren und das Aktivieren zum Ziel.

Bestehende gewohnte Verhaltensweisen sollen in eine neue „richtige“ Richtung gelenkt werden. Schließlich soll es zu einer Verhaltensänderung der Zielgruppe kommen. Auf der Verhaltensebene ist weiter entscheidend, ob neue Verhaltensmuster erlernt und umgesetzt werden bzw. vorhandene Verhaltensmuster verstärkt oder unterlassen werden sollen.

5.2.5 Strategie

Die Wahl der Strategie richtet sich nach den definierten Zielen und der entsprechenden Zielgruppe, die damit erreicht werden soll, aus. Mit der Strategie wird, wie und durch welche Botschaften, sowie Medien, die Ziele bei der Zielgruppe realisiert werden sollen, festgelegt. Für eine Verhaltensänderung bedarf es bei der Kampagnenbotschaft mehr als nur die Ausrichtung auf die rationale Einsicht der Zielgruppe. Für eine Verhaltensänderung müssen weitere Aspekte berücksichtigt werden. Bei Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich wird daher zwischen kognitiver, affektiver und sozialer Kampagnenstrategie unterschieden. Die kognitive Strategie basiert auf dem Menschenbild, der Mensch als vernünftig handelndes Wesen. Die kognitive Strategie geht davon aus, dass allein die Aufklärung über die bestehenden Gefahren und negativen Folgen für eine Verhaltensänderung genügen. Dem widerspricht jedoch, dass Menschen, obwohl sie ausreichend in Kenntnis über die gesundheitlichen Folgeschäden und -erkrankungen sind, trotzdem ihr Verhalten beibehalten. Man spricht hierbei von der „Theorie der kognitiven Dissonanz“. Im Mittelpunkt der affektiven Strategie steht die Annahme, dass Menschen zu Belohnungen tendieren und negative Konsequenzen vermeiden wollen. Diese Kampagnen verwenden daher Belohnungssysteme und setzen Angstappelle z.B. Schockbilder ein. Es hat sich gezeigt, wird mit Angstappellen gearbeitet, kann dies, jedoch gerade das Gegenteil der Kampagnenbotschaft bewirken. Es kann zu Abwehrreaktionen kommen. Die soziale Strategie sieht den Menschen hingegen als soziales Wesen in der Gesellschaft an. Der Mensch strebt nach Akzeptanz und Anerkennung innerhalb der Gruppe. Aus dieser Sichtweise heraus werden in der Kampagne mit Vorbildern oder Gruppendruck zur Erreichung der Kampagnenziele gearbeitet.

5.2.6 Kampagnen-Output – Kommunikationsinstrumente

Das Kampagnen-Output stellt das Herzstück des Systemmodells von Kommunikationskampagnen dar. Für den Kampagnenerfolg ist vor allem auch die Auswahl geeigneter Kommunikationsinstrumente von entscheidender Bedeutung. Für die Umsetzung der Kommunikationskampagnen können die verschiedensten Medien (Kanäle) eingesetzt werden, um die entsprechende Zielgruppe zu erreichen.

„Unter einem Kommunikationsinstrument versteht man die Zusammenfassung verschiedener Kommunikationsmaßnahmen anhand ähnlicher Eigenschaften. Vorlage dafür ist die strategische Schwerpunktsetzung im Rahmen der Kommunikationsstrategie“ (Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2015, S. 585).

Dabei teilt man Kommunikationsinstrumente in „above-the-line“- und „below-the-line“-Maßnahmen ein. Die „above-the-line“-Maßnahmen stellen die klassischen Werbemaßnahmen dar. Durch sie erlangt man eine gestreute und unpersönliche Zielgruppenansprache (Massenmedien). Dazu gehören z.B. Print, TV, Radio, Kino oder Out-of-Home Werbung. Die neuen Kommunikationsinstrumente gehören zu den „below-the-line“-Maßnahmen. Mit diesen Instrumenten wird eine direkte und persönliche Ansprache der Zielgruppe versucht zu erreichen. Diese zur Verfügung stehenden Medien

werden als so genannter „Media-Mix“ miteinander kombiniert z.B. TV, Print, Out-of-Home, Radio, Online, Mobile, Dialog, Kino, Pop-Marketing, Event, Public Relations, Messen, Werbeartikel, Sponsoring, Ambient Medien, Guerilla oder Viral Marketing. Nur der Einsatz einzelner Massenmedien birgt die Gefahr die Zielgruppe nicht ausreichend zu erreichen. Es muss darauf geachtet werden, dass die Wahl der Medien mit der Mediennutzung und -präferenzen der Zielgruppe übereinstimmt. Die Kombination der Medien muss zudem genügend Medienresonanz erzeugen können. Wichtig ist dabei auch die Einbeziehung der interpersonalen Kommunikation (z.B. direkte Ansprache und Beratungsangebote, Telefonhotline und Internet, Beratungsstellen und Peers). Im Zentrum steht die Botschaft einer Kampagne. Mit ihr soll das Verhalten der Zielgruppe entsprechend beeinflusst werden. Die Kampagnenbotschaft, als Ausgangspunkt jeder Gesundheitskampagne ist entscheidend für die Rezeption und Verarbeitung. Nur so kann es zu einer Einstellung- und Verhaltensänderung kommen. Sie soll leicht verständlich sein, das gewünschte und nicht das zu vermeidende Verhalten aufzeigen, über Risiken aufklären und Alltagssituationen darstellen. Damit die Botschaften eine größere Wirkung erzielen, müssen diese glaubwürdig, überzeugend sein und den Empfänger persönlich ansprechen. Der Bekanntheitsgrad, die Einprägung und der Wiedererkennungswert der Botschaft, ist mitentscheidend für den Erfolg der Kampagne. Dazu sind häufige Wiederholungen mittels verschiedener Medien und gegebenenfalls der Einsatz von Testimonials (engl. „testimonial“; dt. „Zeugnis“, „Referenz“, „der Einsatz von bekannten Persönlichkeiten in Medien für die Werbung“) notwendig.

5.2.7 Cross Media

Eine eindeutige allgemein gültige Definition des Begriffs „Cross Media“ gibt es bislang nicht, jedoch wird vielfach in diesem Zusammenhang von „vernetzte Kommunikation“, „360°-Kommunikation“, „Integration“ oder von „Konvergenz“ gesprochen. Der Begriff „Cross Media“ ist auch nicht gleichzusetzen mit dem Begriff „Media-Mix“. Die Ausrichtung von Cross Media ist eine andere. Crossmediale Kampagnen verbinden klassische „above-the-line“- und „below-the-line“-Maßnahmen bzw. Medien, während der Media-Mix nur den parallelen kombinierten Einsatz verschiedener Medientypen bedeutet. Mittels crossmedialer Kampagnen wird versucht auf die Zielgruppe in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen ganzheitlich Einfluss zu nehmen, wobei bevorzugt Medien zum Einsatz kommen sollen, die die Zielgruppe präferiert. Gerade im Hinblick auf die veränderten Lebensgewohnheiten, die zunehmende Mobilität der Zielgruppe, erscheint eine crossmediale Kampagnenführung unabdingbar. Nach der Marktbeobachtung von Mahrtdt gibt es acht Kriterien, nach denen eine crossmediale Kampagne vorliegt, von denen die drei Kriterien, durchgängige Leitidee, inhaltliche und formale Integration, sowie werbliche Vernetzung notwendige Voraussetzungen sind (Vgl. Mahrtdt 2009, S. 17). Danach lässt sich der Begriff „Cross Media“ als die Umsetzung von verschiedenen Kommunikationsinstrumenten mit durchgängiger Leitidee, so genannte „Big Idea“, in einem für die Zielgruppe passenden inhaltlich, formal und zeitlich integrierten Media-Mix, beschreiben. Die verschiedenen Medien sollen dabei interaktiv und multisensorisch gestaltet, sowie untereinander vernetzt sein, auf das Zielmedium verweisen und für die Zielgruppe einen Mehrwert darstellen. Eine crossmediale Kampagne setzt eine durchgängige Leitidee mit einem übergreifenden Leitmotiv voraus. Die Leitidee bildet, als inhaltliches Schlüsselsignal, die Grundlage für alle eingesetzten Kommunikationsinstrumente der Kampagne. Diese wird häufig in Form eines Claims oder Slogans umgesetzt. „Claims bzw. Slogans dienen dazu, eine inhaltliche Botschaft kurz und prägnant zu formulieren, um die Erinnerungswirkung bzw. Wiedererkennung zu verbessern“ (Mahrtdt 2009, S. 21). Die gesamte crossmediale Kampagne sollte von dieser Leitidee „Story“ gesteuert werden. Bei der

Medienwahl für die Umsetzung der Leitidee ist auf die Mediennutzung der Zielgruppe zu achten, damit diese die Zielgruppe erreicht und auch überzeugt. Die zum Einsatz kommenden Kommunikationsmittel müssen für die Vernetzung inhaltlich, formal und zeitlich integriert sein.

„Integrierte Kommunikation hat zum Ziel, den relevanten Zielgruppen ein in sich stimmiges, konsistentes Erscheinungsbild vom Kommunikationsobjekt zu vermitteln. In diesem Zusammenhang ist eine Unterscheidung zwischen inhaltlicher, formaler und zeitlicher Integration sinnvoll [...]“ (Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2015, S. 573).

Durch die inhaltliche Integration werden die Kommunikationsmittel thematisch, widerspruchsfrei, aufeinander abgestimmt und verstärken sich dadurch gegenseitig. Dabei erfolgt die thematische Abstimmung aller Botschaften der Kampagne an der durchgängigen Leitidee („Big Idea“) und wird in allen Kommunikationsmitteln entsprechend z.B. durch Claims und Slogans umgesetzt. Daneben werden hierfür auch Schlüsselbilder, so genannte „Key Visuals“, eingesetzt. Sie vermitteln die inhaltliche Botschaft in allen eingesetzten Kommunikationsmitteln der Kampagne „bildlich gesprochen“. „Aufgrund des Bildüberlegenheitseffekts sind Schlüsselbilder besonders geeignet, eine verstärkte Werbewirkung zu erzielen, da sie vom Rezipienten schneller aufgenommen und verarbeitet werden können“ (Mahrtdt 2009, S. 21). Slogans und „Key Visuals“ dienen beide als Erinnerungs- und Wiedererkennungsmerkmal und zugleich transportieren sie die zentrale inhaltliche Kernbotschaft. Für den Wiedererkennungswert ist zudem entscheidend, dass auch die unterschiedlichen Kommunikationsmittel formal einheitlich gestaltet sind. Danach müssen Zeichen, Logos, Wort-Bild-Marken, Claims oder Slogans nach Schrifttypologien, Größe, Farben und Formen in allen eingesetzten Kommunikationsmitteln einheitlich verwendet werden. Hierbei spricht man von der Einhaltung des „Corporate Designs“ („einheitliche Gestaltung aller Kommunikationsmittel“, „dient zur Identität einer Marke“, Abk. „CD“). Für die Integration ist auch der zeitliche Rahmen und Zeitpunkt „Timing“ für den Einsatz der Kommunikationsinstrumente zu beachten. Die zeitliche Integration erhöht die Kontinuität und soll zudem auch den Wiedererkennungswert bei der Zielgruppe steigern. Die Vernetzung der Kampagne kann zum einem werblich oder redaktionell erfolgen. Mit Hilfe der Vernetzung wird von einem Kommunikationsinstrument auf ein anderes Kommunikationsinstrument z.B. durch einen Internetlink einer Website oder QR-Code (engl. Markenbegriff „Quick Response“, dt. „schnelle Antwort“) hingeführt. Durch die Aufforderung zur Interaktion und aktiven Mitmachen kann die Zielgruppe direkt angesprochen werden und erhöht den Erinnerungswert der Kampagne. Es muss für die Zielgruppe ein eigener Mehrwert geschaffen werden. Kampagnen können mit allen Sinnen erfasst werden (visuell, akustisch, taktil, olfaktorisch oder gustatorisch), welche sich wiederum gegenseitig ergänzen und verstärken können („Prinzip der dualen Codierung“). Diese multisensorische Ansprache kann zu unterschiedlichen Assoziationen führen und prägt das Erinnerungsbild der Kampagne mit. Durch die Verknüpfung der verschiedenen Kommunikationsinstrumente soll die Zielgruppe bei einer crossmedialen Kampagne auf ein Zielmedium verwiesen werden. Dabei handelt es sich oftmals um zentrale und interaktive Kommunikationsinstrumente z.B. Internet- oder Mobilemedien. Durch den Einsatz dieser Konvergenzmedien wird die Dialogfähigkeit verbessert. Bei Verwendung der Medien soll für die Zielgruppe stets ein eigener Mehrwert klar erkennbar sein.

8 Kriterien: Ist eine Kampagne "crossmedial"?

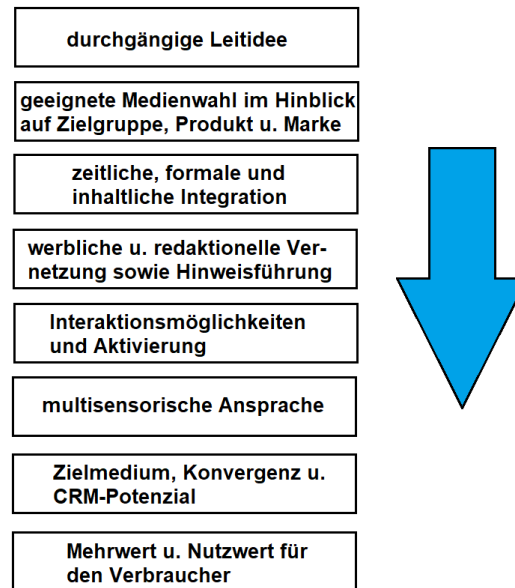


Abbildung 6: 8 Kriterien: Ist eine Kampagne "crossmedial"? (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mahrdrdt 2009, S. 18)

5.2.8 Evaluation

Damit die Kampagne erfolgreich ist, bedarf es neben einer genauen Planung und genügend Informationen über die damit zu erreichende Zielgruppe einen zeitlich festgelegten Ablauf für die Durchführung. Die Evaluation ist daher ein wichtiger Bestandteil des Systemmodells für die Feststellung der Wirksamkeit einer Kampagne. Das Messen der Wirksamkeit einer Kampagne ermöglicht eine stetige Kontrolle und Verbesserung. Es können so z.B. Schwachstellen aufgedeckt und beseitigt werden. Die durch die Evaluation gewonnenen Erkenntnisse und Informationen über die jeweilige Kampagne dienen zur Verbesserung und für die Planung zukünftiger Entscheidungen. Die folgenden Begriffe „Effekt“, „Effektivität“ und „Effizienz“ sind dabei auseinander zu halten. Als Effekt wird in diesem Zusammenhang jede Veränderung der Zielgruppe, sei es im Verhalten, Denken oder Fühlen, verstanden, deren Auslöser die Kampagne war. Kampagneneffekte setzen sich aus der Wirkungsabsicht und der tatsächlich aufgetretenen Wirkung zusammen. Die Wirkungsabsicht kann erwartet oder unerwartet sein. Die tatsächliche aufgetretene Wirkung kann erwünscht positiv oder unerwünscht negativ eintreten. Die Erwartungshaltung bei Festlegung der Zielsetzung der Kampagne ist das Erreichen erwarteter, erwünschter, positiver Effekte. Es können jedoch auch unerwartete, positive Effekte genauso wie unerwünschte, negative Effekte auftreten, bis hin zum Scheitern der Kampagne. Die Frage nach der Effektivität einer Kampagne beantwortet, ob die richtigen Maßnahmen eingesetzt wurden, um die beabsichtigten Ziele erreichen zu können und wenn ja in welchen Umfang dies tatsächlich eintrat. Die Höhe der Effektivität richtet sich nach dem Umfang der Zielerreichung. Daher ist eine genaue Festlegung der Ziele einer Kampagne unerlässlich. Jede Kampagne ist auch unter dem Gesichtspunkt der Effizienz („Kosten-Nutzen-Relation“) zu betrachten. Der zu tätigende Aufwand wird mit den tatsächlichen positiv eingetretenen Effekten in Verhältnis gesetzt. Mit der Effizienz wird anders als bei der Effektivität nicht nur die Frage, ob die „richtigen“ Maßnahmen gewählt

wurden, sondern ob diese „richtigen“ Maßnahmen auch ressourcenschonend, d.h. mit dem geringsten Aufwand, umgesetzt wurden. Dabei sollte eine Evaluation der Kampagne jeweils, sowohl in der Ausgangslage, vor der Umsetzung („prospektive Evaluation“), als auch während („formative Evaluation“) oder zum Schluss der Kampagne („summative Evaluation“) einplanen und erfolgen. Durch die summative Evaluation zeigt sich insbesondere das Erreichen der Kampagnenziele.

5.3 Rezeption: Einstellungstheorien und Reaktanz Problematik

Gesundheitskampagnen zielen darauf ab, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen von Menschen positiv zu beeinflussen und zu verändern. Gesundheitskampagnen scheitern jedoch immer wieder. Der Kampagnenerfolg hängt davon ab, ob es gelingt die Botschaft auch zielgruppenadäquat zu vermitteln. Die Grundlagen für die Erklärung menschlichen Verhaltens stellen die Einstellungstheorien, die „Konsistenz-Theorie“ bzw. die „Theorie der kognitiven Dissonanz“, dar. Der Mensch hat das Bedürfnis, dass seine Einstellungen und sein Verhalten konsistent sind. Die „Konsistenz-Theorie“ legt den Fokus auf die Wahrung der Konsistenz zwischen Kognition, Affekt und Verhalten, während nach der „Theorie der kognitiven Dissonanz“, nach Festinger, der Mensch Dissonanzen zu vermeiden versucht. „Menschen sind demnach bestrebt, Dissonanz zwischen der kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Komponente von Einstellungen zu vermeiden bzw. zu reduzieren“ (Bonfadelli/Friemel 2010, S. 58-59). Dissonanz kann entstehen, wenn Menschen sich gegensätzlich zu ihrer Einstellung verhalten oder sich zwischen unterschiedlichen Möglichkeiten entscheiden müssen. Je stärker das Verhalten von der Einstellung abweicht, desto stärker wird die Dissonanz empfunden. Festinger stellt danach auch die Hypothese auf, dass Menschen Dissonanz erhöhende Situationen vermeiden (Vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, S. 58-59). Dies kann bei Kampagnen zur Folge haben, dass es zu einer Dissonanz zwischen der Kognition (z.B. „Alkohol trinken ist schädlich“), dem mit der Kampagne gewünschten Verhalten (z.B. „Reduzierung des Alkoholkonsums“) und dem tatsächlich eigenen Verhalten (z.B. „Ich trinke Alkohol“) kommt. Um diese Interdependenzen, den „inneren Spannungszustand“, aufzulösen reagieren die Menschen unterschiedlich: Veränderung des Verhaltens, Veränderung der Kognition oder Hinzufügen einer neuen Kognition. Es kann danach sogar so weit kommen, dass die Dissonanz eine derart starke Abwehr- bzw. Gegenreaktion auslöst, die das bestehende gesundheitsschädigende Verhalten noch negativ verstärkt. Man spricht hierbei auch vom so genannten „Bumerang-Effekt“. Wird die zentrale Botschaft an die Zielgruppe derart verfehlt, wird dieses Phänomen in der Sozialpsychologie mit der „Theorie der psychologischen Reaktanz“ erklärt. „Unter Reaktanz wird schließlich das Phänomen verstanden, dass sich Menschen ganz allgemein gegen Beeinflussungsversuche etwa in Form von Werbung oder politischer Propaganda abwehrend verhalten“ (Bonfadelli/Friemel 2010, S. 59). Individuen sehen sich als mündigen, eigenverantwortlich handelnden Menschen an. Haben sie das Gefühl, dass Kampagnen manipulativ oder zu aufdringlich sind, kann dies zu Reaktanz-Prozessen („Bumerang-Effekt“) der Zielgruppe führen. Danach zeigt sich, dass die psychologische Reaktanz, sowohl kognitive, als auch affektive Anteile, die miteinander in Beziehung stehen, enthält. Gesundheitskampagnen arbeiten häufig mit Angstappellen und negativen Emotionen. Zurückzuführen ist dies auf den „Rational-Choice-Ansatz“ (dt. „Theorie der rationalen Entscheidung“). Dieser besagt, dass positive Werte z.B. der Wert der Gesundheit höher zu bewerten ist und negative Werte z.B. Erkrankungen reduziert werden. Damit erhofft man sich, dass die so erzeugte Dissonanz durch eine positive Verhaltensbeeinflussung oder -veränderung von der Zielgruppe versucht wird zu verringern. Die empirische Evaluationsforschung hat jedoch ergeben, dass dies häufig ein Auslöser des „Bumerang-Effektes“ ist.

6 Präventionskampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“

Im Wesentlichen besteht das Präventionskonzept zum kritischen, distanzierten und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol der BZgA aus zwei in einem integrierten Konzept miteinander verknüpften Teilkampagnen, deren Zielgruppe Jugendliche und junge Erwachsene sind. Die Kampagne „NA TOLL!“ richtet sich an Jugendliche von 12 bis 16 Jahren. Seit 2012 wird diese Jugendkampagne unter dem Namen „Null Alkohol – Voll Power“ von der BZgA fortgesetzt. Die Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ wendet sich an die Altersklasse der 16- bis 20-Jährigen jungen Erwachsenen und wird um eine dritte Teilkampagne, mit dem gleichen Namen, ergänzt, die die erwachsene Allgemeinbevölkerung, insbesondere Eltern und schwangeren Frauen, ansprechen soll. Die nachfolgende Kampagnenanalyse bezieht sich auf die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ für Jugendliche und junge Erwachsene.



Abbildung 7: Integriertes Kampagnenkonzept der drei Teilkampagnen (Quelle: Eigene Darstellung mit Bearbeitung in Anlehnung an Goecke 2012)

6.1 Kampagnen-Input

Die Jugendkampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ für Jugendliche und junge Erwachsene wurde 2009 von der BZgA ins Leben gerufen und weist mittlerweile drei Etappen auf. Es handelt sich hierbei um die größte und bekannteste, deutsche, universelle Präventions- bzw. Suchtpräventionskampagne gegen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Sie ist keine „Anti-Alkohol-Kampagne“. Die Botschaft der Kampagne ist über die Risiken von Alkoholkonsum zu informieren und aufzuklären, um einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol bei jungen Erwachsenen zu fördern. Nahezu jeder junge Erwachsene kennt heutzutage den Slogan „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“. Der Slogan, als Appell an die Jugendlichen, zu wissen, wann ihr eigenes „Limit“ d.h. Grenze beim Alkoholtrinken erreicht ist und wann sie aufhören müssen. Mit Limit ist kein Verbot gemeint, mit Ausnahme von der Null-Promille-Grenze (Fahranfänger bzw. jünger als 21 Jahren) im Straßenverkehr und dem JSchG. Das Logo mit Claim ist in den Farben Schwarz und Gelb gehalten, leicht schräg, in Form eines gelben „Verkehrsschildes“ und trägt den Namen der Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“. Das Wort „ALKOHOL?“ mit Fragezeichen ist in Großbuchstaben geschrieben. Form und Farbwahl ähneln einem Umleitungsschild. „Kenn dein Limit.“ steht dazu unterhalb als gerader Satz. Das „Verkehrsschild“ und die Buchstaben des Wortes „ALKOHOL?“ sind dabei leicht verschwommen dargestellt. Es sind unterschiedliche Schriftgrößen und -typologien verwendet

worden. Die Farbkombination schwarz und gelb soll Aufmerksamkeit erzeugen und auf die Gefahren von Alkohol hinweisen. Die schräge Anordnung und die verschwommene, unscharfe Schrift sind ein Hinweis auf die Auswirkungen von Alkoholkonsum und machen auf die Gefahren und Risiken von Alkoholkonsum im Straßenverkehr aufmerksam. Im Kontrast hierzu steht die Aufforderung „Kenn dein Limit.“. Damit kann die Redensart „in der richtigen Spur bleiben“ assoziiert werden. Es handelt sich um eine nationale Kampagne, deren Auftraggeber die Bundesregierung in Deutschland bzw. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist. Die wichtigsten Stakeholder der Kampagne sind die BZgA als zentrale Umsetzungs- und Koordinierungsstelle und als Unterstützer der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zwischen denen ein Kooperationsvertrag besteht. Schon zu Beginn, seit 2009, wird die Kampagne von der PKV finanziell, mit jährlich rund 10 Millionen Euro, unterstützt (Vgl. PKV 2013). Als weiterer wichtiger Stakeholder und für die Umsetzung der Kampagne ist der Fachverband für Außenwerbung (FAW) zu nennen. Bis 2014 war für die Kampagne die „Nürnberger Agentur – Schultze. Walther. Zahel (SWZ)“ verantwortlich. 2014/15 wechselte die BZgA zur Werbeagenturgruppe „ressourcenmangel“ in Berlin und zur Dresdner Agentur „MINAX“.

6.2 Problemanalyse

Alkohol und die Aufklärung über die Wirkung, sowie Prävention zu einem verantwortungsvollen, gesundheitsbewussten Konsum ist gerade in den Medien ein immer wieder kehrendes aktuelles Thema in unserer heutigen Gesellschaft und in den Köpfen jederzeit präsent. Nach der DHS betrugen die Kosten im Jahr 2015 für die Bewerbung von alkoholischen Getränken insgesamt 544 Millionen Euro (Vgl. Raiser 2017). Dadurch erzeugt die Alkoholindustrie einen enormen Werbedruck. In der Werbung wird Alkohol als Genussfaktor dargestellt und ist weniger bis fast gar nicht als Risikofaktor gegenwärtig. Alkohol wird oftmals verbunden mit den Metaphern Abenteuer, Freiheit und Spaß. Die Bewerbung von alkoholischen Getränken ist, im Gegensatz zur Tabakwerbung, nicht verboten. Zurückzuführen lässt sich dies unter anderem darauf, dass Alkohol nach wie vor in unserer Gesellschaft toleriert wird und „zum guten Ton“ gehört. Daher ist für eine Kampagne wichtig diese Problematik auf emotionaler Ebene und spezifisch auf die Zielgruppe angepasst zu vermitteln, ohne dabei Zurechtzuweisen. Das Thema der Problemanalyse ist der Alkoholmissbrauch und die -abhängigkeit in der Bevölkerung, gerade auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Alkoholkonsum ist ein gesellschaftlich nicht zu unterschätzender Risikofaktor, denn schon ein geringer Alkoholkonsum kann den Einzelnen und sein soziales Umfeld schädigen. Die Prävention richtet sich nicht nur auf die Verhinderung und Vorbeugung einer Alkoholabhängigkeit, sondern auch auf die Reduzierung eines zu hohen, riskanten Alkoholkonsums, der die eigene Gesundheit schädigen kann und zugleich eine Gefahr für unbeteiligte Dritte darstellt. Jedes Jahr kommt es zu Fällen von Alkoholmissbrauch z.B. Alkoholvergiftungen, Neuerkrankungen von Alkoholabhängigkeit (Inzidenz) und zu Todesfällen bedingt durch einen zu hohen und zu langen Alkoholkonsum. Alkoholkonsum ist zudem oftmals die Ursache für Unfälle im Straßenverkehr und Straftaten (siehe 3.3 Epidemiologische Daten). In Deutschland ist der Alkoholverbrauch weiter auf hohem Niveau und Alkoholabhängigkeit stellt das größte Suchtproblem mit Tabak in der Bevölkerung dar. Nach den Statistiken aus dem Jahrbuch Sucht 2016 betrug schätzungsweise der Alkoholverbrauch je Einwohner in Litern reinen Alkohols 2014 9,6 g (Vgl. Lehner/Kepp 2016, S. 9). Das Alter bei Alkoholerstkonsum liegt danach bei 13,8 Jahre (Vgl. Lehner/Kepp 2016, S. 14).

Prävalenz	Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt N	Gesamt N (95 % - Konfidenzintervall)
Missbrauch	3,1	4,7	1,5	1.610.000	(1.390.000 - 1.870.000)
Abhängigkeit	3,4	4,8	2,0	1.770.000	(1.540.000 - 2.040.000)

Tabelle 2: Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lehner/Kepp 2016, S. 15)

1,61 Millionen Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren trinken missbräuchlich Alkohol. 1,77 Millionen Erwachsene sind in Deutschland alkoholabhängig. Männer sind davon überdurchschnittlich mehr betroffen als Frauen (Vgl. Lehner/Kepp 2016, S. 15).

Alter/ Sozialstatus	Niedrig	Mittel	Hoch
Geschlecht	Männer %/Frauen %	Männer%/Frauen %	Männer %/Frauen %
18-29 Jahre	43,0 / 22,5	47,9 / 22,5	54,3 / 10,3
30-44 Jahre	30,1 / 7,1	33,7 / 10,9	24,4 / 7,9
45-64 Jahre	30,4 / 8,0	27,1 / 7,6	22,4 / 9,0
65-79 Jahre	21,0 / 6,3	24,9 / 8,1	17,2 / 7,6
Gesamt	31,5 / 10,7	32,8 / 11,3	26,2 / 8,7

Tabelle 3: Prävalenz von Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat) unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lehner/Kepp 2016, S. 16)

Trinkexzesse bzw. Rauschtrinken stellen eine neue Entwicklung dar, bei denen bis zur Bewusstlosigkeit getrunken wird. Dieses so genannte „Binge Trinken“ (Komasaufen) gilt als Risikofaktor für Alkoholabhängigkeit. Hochproblematisch ist dabei die Entwicklung des „Binge Trinkens“, insbesondere bei Jugendlichen. „Eine Trendwende ist bei diesem riskanten und unter jungen Menschen relativ weit verbreitetem Alkoholkonsummuster derzeit nicht zu verzeichnen“ (Goecke 2013, S. 214). Die Risiken hierbei werden unterschätzt. Gerade bei Jugendlichen kann es durch „Binge Trinken“, als riskantes Alkoholkonsummuster, häufiger zu Alkoholintoxikationen kommen, da ihr Körper auf Alkohol noch empfindlicher reagiert (Vgl. Goecke 2013, S. 214). Die Statistik zeigt jedoch, dass der übermäßige Alkoholkonsum nicht ein alleiniges Problem von jungen Erwachsenen ist, sondern einen großen Teil der Gesellschaft unabhängig vom Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status (niedrig, mittel oder hoch) betrifft. Nicht nur das Komasaufen, sondern gerade auch der regelmäßige hohe Alkoholkonsum, der bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen derzeit zu beobachten ist, stellt ein gesundheitliches Problem und für deren soziale Beziehungen dar.

6.3 Zielgruppe

Durch die drei integrierten Präventionskampagnen gegen Alkohol der BZgA soll die gesamte Bevölkerung, jeder Altersstufe, angesprochen werden. Die Teilkampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ richtet sich explizit an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 20 Jahren (Kernzielgruppe), die überwiegend bereits erste Erfahrungen mit Alkohol haben. Die Kampagne soll dabei die Risikogruppe erreichen, die zu einem riskanten bis missbräuchlichen Alkoholkonsum oder zu einer -abhängigkeit neigen.

6.4 Ziele

Ausgangsziel ist den Bekanntheitsgrad der Kampagne stets zu erhöhen, damit auch jeder der Zielgruppe tatsächlich erreicht werden kann. Die Kampagnenziele sind dabei nach der kognitiven, affektiven und der Verhaltensebene ausgerichtet. Die Kampagneneffekte werden bundesweit angestrebt. Das Hauptziel der Kampagne ist die Motivierung zu einer positiven Verhaltensänderung der Zielgruppe im Umgang mit Alkohol. Die Kampagne verfolgt danach drei Zielbereiche, die Reduzierung des Rauschtrinkens „Binge Trinkens“, sowie des regelmäßigen und riskanten Alkoholkonsums. Die Zielgruppe soll über die Gefahren und Risiken eines zu hohen Alkoholkonsums aufgeklärt, ihr Wissen dazu erweitert und über die negativen Folgen, mögliche Folgeschäden und -erkrankungen, sensibilisiert werden. Durch die Kampagne soll die Kommunikation und Akzeptanz eines verantwortungsvolleren Alkoholkonsums und der empfohlenen Verhaltensweisen gefördert werden. Bestehende negative Verhaltensweisen sollen in eine richtige Richtung gelenkt oder neue Verhaltensweisen sollen erlernt werden. Beratungsangebote und Kooperation auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zur Alkoholprävention sollen verstärkt werden. Die Prävention bei der Zielgruppe ist nur dann langfristig wirksam, wenn die Risiken von Alkohol nicht unterschätzt werden. Die Zielgruppe soll ihre Einstellung dazu ändern, Selbstreflektion und mehr Verantwortung und Vorsicht im Umgang mit Alkohol zeigen. Ein riskantes Trinkverhalten soll gar nicht erst entstehen. Der Konsum von Alkohol, eine legale Droge, soll, wenn möglich, von vornherein vermieden werden. Die Anzahl von Alkoholmissbräuchen, Neuerkrankungen von Alkoholabhängigkeit und Todesfällen durch Alkohol soll verringert werden. Durch die Kampagne verspricht man sich zudem eine schnellere Früherkennung und -intervention bei vorliegendem riskantem Konsumverhalten. Grundlage ist dabei das Phasenmodell der Medienwirkung von McGuire und Rogers (1999). Die Ziele können nur erreicht werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: Eine ausreichende Reichweite, Intensität und Verbreitung der Maßnahmen, sowie die Wahrnehmung, das Verständnis und Akzeptanz von wirkungsvollen Kommunikationsangeboten und Interventionsmaßnahmen durch die Zielgruppe (Vgl. Goecke 2013, S. 217).

6.5 Strategie

Die Präventionseffekte werden bundesweit angestrebt. Dafür bietet sich eine multimethodische Durchführung der Kampagne an. Die Strategie der Kampagne beruht auf dem so genannten „Mehr-Ebenen-Konzept“ (siehe Abbildung 8), nach dem drei Interventionsebenen, das Individuum (Verhalten), das Setting (Verhältnis) und die Gesellschaft unterschieden werden. Dabei werden jeweils entsprechende Maßnahmen durchgeführt und miteinander kombiniert. Die Ebenen der Kampagne sind dabei die Massenkommunikation, Internet und personale Kommunikation. Diese Ebenen bauen aufeinander auf und unterstützen sich gegenseitig. Als Massenkommunikationsmedien werden verschiedene Printmedien und Kampagnenspots eingesetzt. Auf der zweiten Ebene der Kampagnenkonzption werden, als Internetmedien, verschiedene Internetportale, Mobiles Portal, Social-Media-Aktivitäten, sowie Online-Marketing genutzt. Auf der Ebene der personalen Kommunikation arbeitet die Kampagne mit Peer-Aktionen, Beratungsstellen, KlarSicht-Mitmach-Parcours, JugendFilmtage und Event-Areale mit eigenem Messestand. Die klassischen Massenmedien weisen eine crossmediale Verknüpfung mit den neuen Medien, wie z.B. Internet und Social-Media-Aktivitäten, auf. Die Kampagne und ihre einzelnen Medien werden zur Optimierung regelmäßig evaluiert.

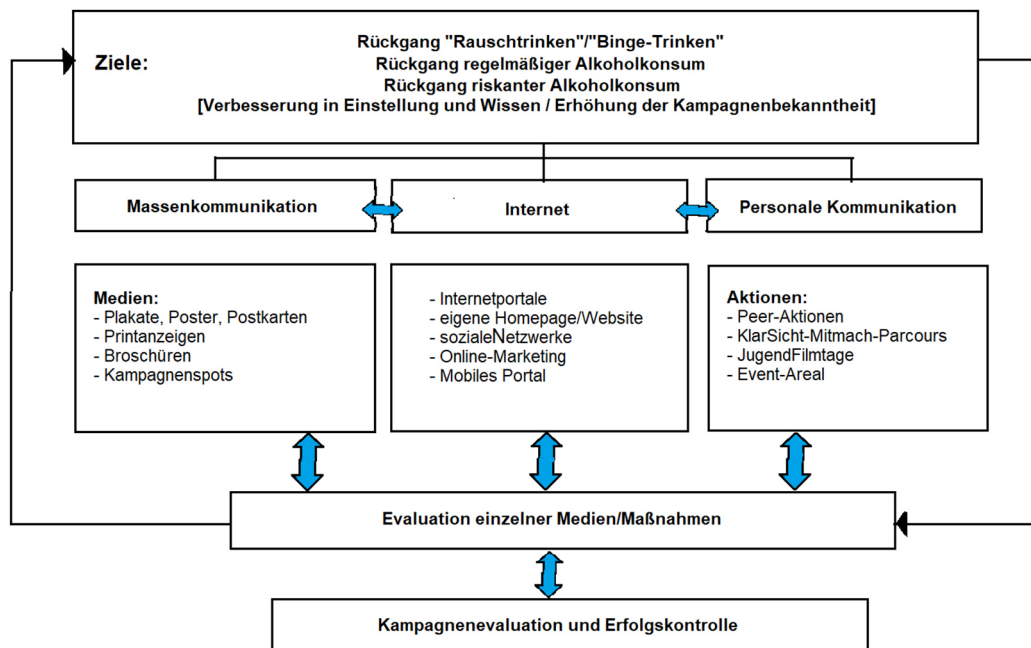
Kampagnenkonzepion: Darstellung des strukturellen Aufbaus der Jugendkampagne "ALKOHOL? Kenn dein Limit."

Abbildung 8: Kampagnenkonzepion: Darstellung des strukturellen Aufbaus der Jugendkampagne "ALKOHOL? Kenn dein Limit." (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Goecke 2013, S. 219)

6.6 Kampagnen-Output – Kommunikationsinstrumente – Visualisierung

Im Jahr 2009 startete die Präventions- und Aufklärungskampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ für Jugendliche und junge Erwachsene der BZgA. Sie geht mittlerweile in ihre dritte Etappe. Der Name, das Logo mit Claim bzw. Slogan und das Motto der Kampagne ist dabei in allen Kampagnenetappen unverändert „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ geblieben.

6.6.1 Erste Kampagnenetappe (2009 – 2012)

Die Werbeagentur der ersten zwei Etappen war die „Nürnberger Agentur – SWZ“. Für die erste Etappe wurden drei verschiedene Motive von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen gewählt, die sich in ihrer Freizeit am Abend, sei es im Freien „Outdoor“, zu Hause in der „WG“ oder in der „Disco“, mit ihren Freunden treffen und mit einem Glas in der Hand abgebildet sind. Die Motive sind Momentaufnahmen von fröhlich, in Gesellschaft feiernden Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auf den Motiven wird über jeder Person, wie eine Art „Sprechblase“, die mögliche Entwicklung des Abends bei weiterem Alkoholkonsum geschildert. Auf dem Motiv „Outdoor“ (siehe Abbildung 9: Motiv „Outdoor“) wird als Beispiel die mögliche Entwicklung des Abends wie folgt geschildert: „Er verliert noch völlig die Kontrolle.“, „Sie wird ihm das nie verzeihen.“ und „Er feiert ohne Ende und wacht in seiner eigenen Kotze auf.“. Jedes Motiv ist die Momentaufnahme, in der es besser wäre nicht weiter zu trinken, damit der Abend weiterhin fröhlich verläuft. Die negativen, abschreckenden

Folgen von zu hohem Alkoholkonsum sollten in der Zielgruppe zu mehr Verantwortung im Umgang mit Alkohol führen. „Das Kommunikationskonzept der Kampagne basiert auf dem Prinzip der „Kommunikation auf Augenhöhe“ [...]“ (Goecke 2013, S. 219). Das Recht der Jugendlichen auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wird in den drei Kampagnenmotiven gewahrt und ermöglicht eine direkte Identifikation zur Selbstreflektion für eine kritische Einstellung zu Alkohol. Auf insgesamt 40.000 City-Light-Plakaten konnten die drei Motive durch die Unterstützung des FAWs bundesweit veröffentlicht werden (Vgl. Schmidt 2010). Die Motive wurden zudem auf Anzeigen, Infoscreens, Videoleinwänden, Onlineaktivitäten und Events geschaltet. Auf allen drei Plakatmotiven ist das Logo mit Claim bzw. Slogan der Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ rechts unten positioniert. Das Logo der PKV und das Logo der BZgA sind jeweils in der rechten Ecke des Plakates abgebildet. Links unten bildet die Kampagnenbotschaft „Alkohol macht mehr kaputt, als du denkst.“ mit Angabe der Internetadresse der eigenen Kampagnenwebsite, www.kenn-dein-limit.info, den Abschluss. Diese Struktur der drei Logo-Positionierungen und die Angabe der Internetadresse wurden bei allen weiteren Kampagnenetappen und beim Kampagnen-Relaunch durchgehend, bis heute hin, beibehalten. Der Kino-Spot mit den Motivthemen der Kampagne wurde 2009 beim 17. Festival der Integrated TV und Video Association (ITVA) mit Gold-Award ausgezeichnet. 2010 wurde in die Kampagne der Selbsttest „Change your drinking“ integriert.

Massenkommunikation (2009-2012)



Abbildung 9: Massenkommunikation (2009-2012) (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Goecke 2012)

6.6.2 Zweite Kampagnenetappe (2012 – 2013)

Auch in der zweiten Kampagnenetappe von „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ für Jugendliche und junge Erwachsene wurden von der „Nürnberger Werbeagentur – SWZ“ vier Motive entworfen, die möglichst nah an der Lebenswelt der Zielgruppe waren. Wie auch bei der ersten Kampagnenetappe ist der Fokus auf Positives gerichtet. In verschiedenen Lebenssituationen werden jeweils zwei mögliche Alternativen, im nüchternen Zustand oder mit riskanten Alkoholkonsum, aufgezeigt. Die vier Plakats motive zeigen im Großformat jeweils die negative Alternative „im Vollrausch“ verschwommen im Hintergrund, während die positive Alternative als „Polaroid-Foto“ zentral mittig im Fokus steht. Das „Polaroid-Foto“ ist deutlich heller abgebildet und es wirkt, als würde ein Scheinwerfer, ein „Spot“, darauf gerichtet sein. Dadurch wird das „Polaroid-Foto“ schneller wahrgenommen und

mit Positiven assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit, die positive Alternative zu wählen und auf Alkohol zu verzichten, wird dadurch erhöht. Die Methodik der Wahl von Alternativmöglichkeiten wurde bewusst eingesetzt. Studien haben ergeben, dass für die Zielgruppe Selbstständigkeit und Eigenverantwortung immer wichtiger wird (Vgl. Reker 2015). Auf jedem Plakatmotiv steht schräg unter dem „Polaroid-Foto“ zu den zwei Alternativen ein passender gegensätzlicher Spruch z.B. „gemeinsam chillen oder betrunken stressen“ (siehe Abbildung 10: Motiv „Freunde“). Die Zielgruppe hat danach die Wahl und wird dazu aufgefordert sich für eine Alternative zu entscheiden. Der Abschlusssatz „Alkohol macht mehr kaputt, als du denkst.“ findet sich, wie bei der ersten Kampagnenstufe, auf allen drei Plakatmotiven unten links wieder. Über diesem Abschlusssatz stehen passenden Fakten zu dem Hintergrundbild und der negativen Alternative (z.B. „betrunken stressen“). Als Fakten werden dazu aufgeführt: „Fakt: Mehr als 4.000 junge Erwachsene sind jedes Jahr unter Alkoholeinfluss in Autounfälle verwickelt – zum Teil mit tödlichen Ausgang.“, „Fakt: Rauschtrinken bringt jährlich über 25.000 junge Leute ins Krankenhaus.“, „Fakt: Über 61 % aller Jugendliche finden Betrunkene in ihrer Clique nervig.“ und „Fakt: Rund ein Drittel aller angezeigten schweren und gefährlichen Körperverletzungen werden unter Alkoholeinfluss verübt.“. Das Kampagnenmotiv „in die Zukunft oder Endstation“ weist zusätzlich einen QR-Code auf. In dieser Kampagnenstufe wurde das Thema sexuelle Belästigung, als weiteres fünftes Motiv mit dem Spruch „näher kommen oder zu weit gehen“, nachträglich in die Etappe integriert. Die Evaluationsergebnisse hatten ergeben, dass die Zielgruppe diesem Thema besondere Wichtigkeit beigemessen haben (Vgl. Füssler 2014, S. 3).

Massenkommunikation (2012-2013)



Abbildung 10: Massenkommunikation (2012-2013) (Quelle: Eigene Darstellung mit Bearbeitung in Anlehnung an Goecke 2012)

6.6.3 Kampagnen-Relaunch (2014/15 – 2016)

2014/15 übernahm die Berliner Werbeagentur „ressourcenmangel“ zusammen mit der Dresdner Technikagentur „MINAX“, als Leadagenturen, die Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ der BZgA. Im Rahmen der Neukonzeption der Kampagne ist die Agenturgruppe „ressourcenmangel“ für die Gestaltung von Plakaten, Anzeigen, Broschüren, Postkarten und Flyer zuständig. Ihre weiteren Aufgaben sind die Organisation von Events und die Strategieentwicklung einer Öffentlichkeitsarbeit zur Unterstützung der BZgA-Pressestelle. Die Dresdner Agentur „MINAX“ ist, als Technikagentur, unter anderem für das Portal der BZgA (www.kenn-dein-limit.info) und für dessen Weiterentwicklung, sowie für den WordPress zuständig. Im Jahr 2013 entwickelte sie bereits den Peer2Peer Blog der Kampagne (www.blog.kenn-dein-limit.info), für dessen Konzeption und redaktionelle Betreuung

sie zuständig ist. 2015 wurde die Kampagne mit veränderten thematischen Schwerpunkt und Design neu aufgelegt. Der thematische Fokus des Kampagnen-Relaunchs liegt in der sozialen Verantwortung und Freundschaft. Es wurde dabei bewusst darauf geachtet, dass die Zielgruppe bei der Neuausrichtung der Kampagne noch stärker miteingebunden wurde. Auch bei dem Kampagnen-Relaunch gibt es drei Motive, auf denen jeweils Freundschaften und Beziehungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gezeigt werden. Die Plakatmotive waren in mehr als 220 Städten in Deutschland auf ca. 8.000 Werbeflächen zu sehen (Vgl. BZgA 2015). Die Aufmachung der Kampagnenlinie orientiert sich an dem so genannten „Look and Feel“ der Hochglanz-Alkoholwerbung. Die Problematik des Komatrinkens, „Binge Trinken“, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hatte sich tendenziell verbessert, jedoch war die Zahl immer noch zu hoch und gerade der regelmäßige hohe Alkoholkonsum ist gefährlich für die eigene Gesundheit und stellt zusätzlich eine Gefährdung für soziale Beziehungen dar. Die Neuausrichtung der Kampagne orientierte sich dabei an den Studienergebnissen der BZgA. Diese hatten gezeigt, dass 90 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen untereinander soziale Verantwortung übernehmen würden, wenn es um das Thema Alkohol geht (Vgl. Reker 2015). Es zeigte, dass in der jungen Generation soziale Verantwortung unter Freunden zunehmend an Bedeutung gewann. Die neue Kampagnenlinie arbeitet mit Emotionen und zeigt die Risiken von Alkohol auf z.B. Freundschaften können in die Brüche gehen. Die Zielgruppe soll sich dessen bewusst sein, ohne Zurechtweisung, dass zu hoher Alkoholkonsum ihre Beziehungen und Freundschaften gefährden kann. Andererseits besteht, jedoch auch ein hoher Gruppendruck unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen Alkohol zu trinken. Die Motivwahl zeigt „Beziehung“, „Teamgeist“ und „Freundschaft“ (siehe Abbildung 11). Sie wurde bewusst so gesetzt, um die positive Wirkung gemäßigten Alkoholkonsums zu zeigen. Bei der neuen Kampagnenlinie wurde auf Motive mit denen Alkoholkonsum mit Gewalt, Krankheit oder Tod (Horrorszenarien) in Verbindung gebracht wird, konsequent verzichtet. Auf allen drei Motiven steht jeweils ein Spruch zentral in gelben Großbuchstaben im Superlativ: „Nichts kann uns trennen.“, „Nichts kann uns aufhalten.“ oder „Nichts kann uns stoppen.“. Diese Sprüche drücken die enge Zusammengehörigkeit von Freundschaften aus. Der Zusatz, „Ausser zu viel Alkohol.“, der auf allen Sprüchen folgt, dient hierbei jedoch immer als eine Art Einschränkung und Warnung. Die Kampagnenmotive und die Sprüche sollen zum Ausdruck bringen, dass wahre Freundschaft keinen Alkohol benötigt. Der Abschlussatz und Fakt ist diesmal auf allen drei Plakatmotiven gleich: „95 % aller Jugendlichen möchten mehr über die Risiken von Alkoholkonsum wissen.“.

Massenkommunikation - Relaunch (2014/15-2016)



"Beziehung"



"Teamgeist"



"Freundschaft"

Abbildung 11: Massenkommunikation - Relaunch (2014/15-2016) (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ECON FORUM 2017)

6.6.4 Dritte Kampagnenetappe (2017 – dato)

In der dritten Kampagnenetappe wird die Präventionskampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ von der BZgA und der Werbeagentur „ressourcenmangel“ in Berlin mit einer komplett neuen Aufmachung fortgesetzt. Die Kampagne wurde vollständig neu überarbeitet und baut auf eine humorvolle Kampagnenmechanik auf. „In der Werbepaxis wurde in den letzten Jahren verstärkt argumentiert, dass auch in Kommunikationskampagnen positive Gefühle etwa mit Humor-Appellen evoziert werden sollten [...]“ (Bonfadelli/Friemel 2010, S. 57). Argumente, die hierfür sprechen, sind die mögliche Erzielung einer höheren Aufmerksamkeit, die Erzeugung einer positiven Stimmungslage, die Steigerung und Verbesserung der Beliebtheit, Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Kampagnenbotschaft, sowie der Lernprozesse. Es wurden drei Motive gestaltet, jedoch sind diese im Comic-Stil und es wurde eine völlig neue Mechanik, mit Humor zu aktivieren, zu informieren und zu motivieren, eingesetzt (siehe Abbildung 12). Durch den Comic-Stil soll die junge Zielgruppe weiter auf die Gefahren des riskanten regelmäßigen und hohen Alkoholkonsums aufmerksam gemacht und aufgeklärt werden. Im Comic-Stil sind als Motive ein „fauchender Kater“, ein „sprechender Mund“ und „Handabdrücke und Fußspuren“ abgebildet. Die Plakatmotive sind in den kräftigen, aufmerksamkeitsstarken Farben grün, lila, pink, orange, blau und türkis gehalten. Die Illustrationen wirken jedoch dezent, ohne von der Hauptbotschaft abzulenken. Es wurden drei bekannte Trinksprüche, passend zu den drei Comic-Motiven, in Großbuchstaben genutzt: „Das letzte Bier war schlecht.“, „Betrunkene sagen die Wahrheit.“ und „Auf einem Bein kann man nicht stehen.“. Jeder Trinkspruch wird durch einen Zusatz ergänzt und humorvoll Sinn entleert: „Meint mein Kater.“, „Blöd, dass sie immer so nuscheln.“ und „Auf allen Vieren auch nicht.“. Die Trinksprüche mit den humorvollen Zusätzen sind in schwarzen Großbuchstaben und in Comic-Schrifttypologie geschrieben. Die Trinksprüche lassen die negativen Folgen von Alkoholkonsum außer Acht z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Sprach- und Gleichgewichtsstörungen. Die Zusätze der Trinksprüche klären mit einem „Augenzwinkern“, ohne erhobenen Zeigefinger und auf gleicher Augenhöhe zur Zielgruppe, auf. Die eigentliche Aufklärung bildet jeweils passend zum Motiv ein erklärender Fakt, welcher links unten auf dem Plakat platziert ist: „Alkohol führt zu Kopfschmerzen und Übelkeit. Ein wirksames Mittel gegen den Kater gibt es nicht.“, „Alkohol verschlechtert erheblich den Sprachfluss und das Denkvermögen.“ und „Alkohol stört den Gleichgewichtssinn und beeinträchtigt das Koordinationsvermögen.“. Erstmals werden auch YouTube-Videos eingesetzt, die mit Emotionen arbeiten und persönliche kleine Geschichten erzählen und lustige Teaser (engl. „to tease“; dt. „necken“, Text-/Bildelement) zeigen.



Abbildung 12: Massenkommunikation (2017-dato) (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA 2017)

6.6.5 Kommunikationsinstrumente – die Konsistenz und crossmediale Verknüpfung

Das Erfolgsrezept der Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ basiert auf der gezielten Ansprache der jungen Zielgruppe durch die Kombination von Massenkommunikation, personaler und internetbasierter Kommunikation. Die Multi-Channel-Kampagne mit verschiedenen Kommunikationskanälen (z.B. Print, Online und Social-Media) ermöglicht das Angebot eines breiten Kommunikationsmixes. Dadurch kann die Ansprache auf unterschiedliche Weise erfolgen und eine hohe Streudichte kann erzeugt werden. Die Zielmedien sind hierbei die Regional-, Leit-, Jugend- und soziale Medien. In der dritten Kampagnenetappe werden als Massenkommunikation Out-of-Home-Medien (Plakate und Poster), Ambient-Medien (Postkarten), Printanzeigen (z.B. Magazin „Limit“, verschiedene Broschüren (siehe Abbildung 13)), Flyer, Faltblätter und Factsheets: 10 Meinungen über Alkohol, Factsheet Alkoholunfälle, Alkohol und Aggression, Alkohol und das Limit, Factsheet Straßenverkehr, Factsheet JSchG, etc.) verwendet. Die Medien der Massenkommunikation dienen zur grundlegenden Informationsbeschaffung und -verbreitung, sowie der Aufklärung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen über die Gefahren und Risiken von Alkohol.

Print-Medien im Comic-Stil der dritten Kampagnenetappe



Abbildung 13: Print-Medien im Comic-Stil der dritten Kampagnenetappe (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA 2017)

Auf der Ebene der personalen Kommunikation arbeitet die Kampagne mit Beratungsstellen (Kontaktformular, Onlineberatung und Telefonhotline auf der Kampagnenwebsite), mit dem Einsatz von Peer-Aktionen, KlarSicht-Mitmach-Parcours als interaktives Konzept, KlarSicht Koffer als bundesweite Aktion von Alkoholprävention, JugendFilmtage, Event-Areale mit Messestand, sowie Arbeitsmaterialien für Multiplikatoren (Setting: z.B. Schule oder Sport) durch die eine persönliche Ansprache der jungen Zielgruppe ermöglicht wird. Die Personalkommunikationsmedien sind für eine langfristige Stabilität relevant und erzeugen eine gewisse Glaubwürdigkeit der Kampagne bei der jungen Zielgruppe. Der Kampagnenblog und der Einsatz von Peers, den jungen Vertretern der Kampagnenbotschaft „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“, ermöglichen einen Austausch mit Gleichaltrigen. Der Einsatz von Peers, als Gleichaltrige der Zielgruppe, haben einen großen Einfluss in der Adoleszenz. Es sind derzeit bundesweit 50 Peers auf Events, Festivals, in Einkaufsstrassen, Freibäder, Stränden oder Schulen, um Aufklärung zu betreiben, im Einsatz (Vgl. BZgA 2017). Die Events, auf der die Kampagne verbreitet wird, findet man auf der facebook Seite unter Veranstaltungen. Ein Beispiel hierfür ist das Event „YOU“ in Berlin. Es werden hier Gewinnspiele, bei denen Werbeartikel gewonnen werden können, angeboten. Die Werbeartikel z.B. Aufklebebogen unterstützen die Kampagne. Als internetbasierte Kommunikation bzw. Online-Medien kommt der Internetauftritt durch die eigene Kampagnenwebsite mit der Webadresse (www.kenn-dein-limit.info), durch einen eigenen Kampagnenblog auf www.blog.kenn-dein-limit.info, ein Mobiles Portal, verschiedene Social-Media-Netzwerke wie z.B. facebook, YouTube, Twitter und Google+, sowie Online-Marketing zum

Einsatz. „Online- und insbesondere Social Media Kommunikation sollen die Reflektion des eigenen Umgangs mit Alkohol anregen und gesellschaftliche Normen hinterfragen“ (Linden 2016, S. 68). Zu der Kampagne gehören neben den TV- und Kino-Spots der vorherigen Kampagnenetappen, die derzeit noch auf den sozialen Netzwerken zu finden sind, emotionale aufgeladene YouTube-Videos zur aktuellen Kampagnenetappe, sowie Videos von „Dr. Limit“ mit passenden Umfragen (siehe Abbildung 14).

Screenshots-Zusammenschnitt des Video-Spots zum Econ Award 2017 Silber

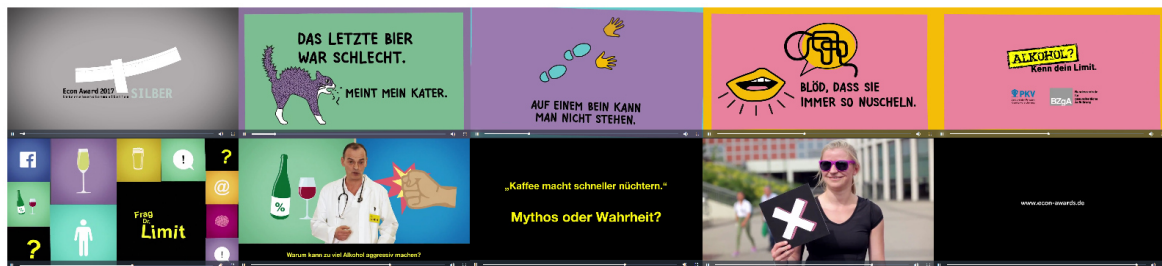


Abbildung 14: Screenshots-Zusammenschnitt des Video-Spots zum Econ Award 2017 Silber (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ECON FORUM 2017)

Gerade die modernen Kommunikationsinstrumente, Online und Social-Media-Aktivitäten, ermöglichen eine effektive zielgruppengerechte Ansprache. Die internetbasierte Kommunikation dient zur Information, Interaktion und Partizipation. Der seit 2010 eingeführte und in die Kampagne integrierte Selbsttest „Change-your-drinking“ auf der Kampagnenwebsite ist ein Online-Verhaltensänderungsprogramm und fordert die Zielgruppe aktiv zur selbstkritischen Eigenreflektion und einer Änderung ihres Verhaltens auf. Die Zielgruppe soll zum Nachdenken über ihr eigenes Trinkverhalten bewegt werden. Mit diesem Test kann jeder selbst, online und anonym, sein Trinkverhalten analysieren lassen z.B. ob ein riskantes Trinkverhalten vorliegt oder der Verdacht auf Alkoholabhängigkeit besteht. Die Konsistenz der Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ zeigt sich in allen Kampagnenetappen. Auch die Neuauflage der Kampagne weist eine stringente Konsistenz in allen zum Einsatz kommenden Kommunikationsinstrumenten auf. Alle Medienangebote greifen ineinander und sind inhaltlich, formal, sowie zeitlich integriert. Die einzelnen Kommunikationsinstrumente sind thematisch miteinander verbunden. Sie weisen eine identische Informationsbereitstellung über das Thema Alkohol und seine Gefahren und Risiken auf. Es werden zwar hierzu verschiedene Trinksprüche verwendet, aber alle werden humorvoll aufgearbeitet und mit einer Aufklärung zu gleich verbunden. Die Kommunikationsinstrumente sind in ihrer Gestaltung und Aufmachung sehr ähnlich. Das Kampagnenlogo mit Claim bzw. Slogan „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ und die Comic-Kampagnenmotive sind in allen Kommunikationsinstrumenten wieder zu finden (siehe Abbildung 15). Die drei Comic-Motive „fauchender Kater“, „sprechender Mund“, „Handabdrücke und Fußspuren“ werden, um den Wiedererkennungswert zu erleichtern und den Rezipienten-Lernerfolg zu erhöhen, als Poster, auf den Plakaten, den Postkarten, der eigenen Kampagnenwebsite, den Social-Media-Aktivitäten facebook und YouTube, sowie dem Magazin „Limit“ gleich verwendet. Die drei Comic-Motive sind als Hintergrund der Kampagnenwebsite und als Video-Spot zum Econ Award Silberpreis genutzt worden. Die getroffene kräftige Farbgebung in grün, lila, pink, orange, blau und türkis ist in allen Kommunikationsinstrumenten beibehalten. Der Schrifttyp, die Größe, sowie die Farbe wurden einheitlich im Comic-Stil, in Großbuchstaben und in schwarz gehalten. Auch die Motive und Themen

der vorherigen Kampagnenetappen sind weiterhin Bestandteil der Kampagne und werden beibehalten und auf verschiedene Weise wieder neu aufgegriffen. Der Hintergrund des Kampagnenblogs zeigt z.B. das Motiv „Disco“ der ersten Kampagnenetappe aus 2009 und auf der Kampagnenwebsite besteht die Möglichkeit des Downloads der TV- und Kino-Spots, sowie der dazu gehörigen Musik (Sound). Der Name bzw. das Motto der Kampagne ist zugleich die Internetadresse der Kampagnenwebsite, sowie des eigenen Blogs der Kampagne. Die Gestaltungsprinzipien wie z.B. das Logo mit Claim bzw. Slogan der Kampagne „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ und die Logos der wichtigsten Stakeholder, die BZgA und der PKV, sind einheitlich formal über alle Kampagnenetappen und Kommunikationsinstrumente verwendet worden. Darüber hinaus sind die Kommunikationsmedien untereinander zeitlich abgestimmt und werden in den verschiedenen Perioden zeitgleich geplant geschaltet. Die Wirkung der Kampagne und Kommunikationsziele werden als einheitliches Erscheinungsbild so wahrgenommen und die Reichweite wird durch die Wiedererkennung erhöht.

Die Postkarten und die Kampagnenwebsite mit den 3 Comic-Motiven



Abbildung 15: Die Postkarten und die Kampagnenwebsite mit den 3 Comic-Motiven (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA 2017)

Die Basis des Konzeptes der Kampagne ist ein wissenschaftlich fundierte Kommunikationsmedien-Mix. Die verschiedenen zum Einsatz kommenden Kommunikationsinstrumente und dessen Kernbotschaften sind eng crossmedial miteinander verknüpft. Sie verfolgen das gleiche Ziel und verstärken sich gegenseitig in ihrer Wirkung (siehe Abbildung 16). Dadurch kann die Zielgruppe besser und auf verschiedene Art und Weise erreicht werden. Die Zielgruppe wird durch die verschiedenen Verweise und Verlinkungen der Kommunikationsinstrumente auf diese umfassend aufmerksam gemacht und kann so genutzt werden. Die Online-Medien, die eigene Kampagnenwebsite und der eigene Blog der Kampagne, verweisen auf sich gegenseitig. Die eigene Kampagnenwebsite von „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ verweist zudem direkt auf die Social-Media-Aktivitäten facebook und YouTube, sowie auf die Aktionen der Peers. Die Social-Media-Aktivitäten, YouTube und facebook (im Impressum), verweisen wiederum auf die Kampagnenwebsite und sind mit dieser ebenso crossmedial miteinander verknüpft. Die Social-Media-Plattform YouTube verweist zudem auf facebook und auf den eigenen Blog der Kampagne. Die Kampagnenwebsite bietet als Personalkommunikationsmedium eine Online- und Telefonberatung an und stellt die Aktionen der Peers vor. Auf der Kampagnenwebsite können die Massenkommunikationsmedien bestellt bzw. direkt heruntergeladen

werden. Alle Out-of-Home-Medien (Plakate), Ambient-Medien (Postkarten) und Print-Medien (verschiedene Broschüren, Flyer, Factsheets, Faltblätter, etc.) verweisen wiederum mit einer Angabe der Internetadresse auf die eigene Kampagnenwebsite. Das Magazin „Limit“ verweist zusätzlich auf facebook und weitere Social-Media-Aktivitäten wie Twitter und Google+. Die TV- und Kino-Spots und die dazugehörige Musik (Sound) der vorherigen Kampagnenetappen kann man ebenso direkt auf der Kampagnenwebsite für das eigene Mobile-Handy herunterladen und auf den Social-Media-Aktivitäten, facebook und YouTube, weiterhin ansehen. Auf facebook werden zudem verschiedene Veranstaltungen, auf der die Kampagne vorgestellt wird und aktiv präsent ist, erstellt und der jungen Zielgruppe angezeigt. Auf der bekannten Jugendveranstaltung „YOU“ in Berlin ist die Kampagne mit einem eigenen Messestand vertreten. Hier finden verschiedene Gewinnspiele, bei denen Werbeartikel passend zur Kampagne wie z.B. der Aufklebebogen mit einem Gefällt-mir-Button von facebook gewonnen werden können, statt.

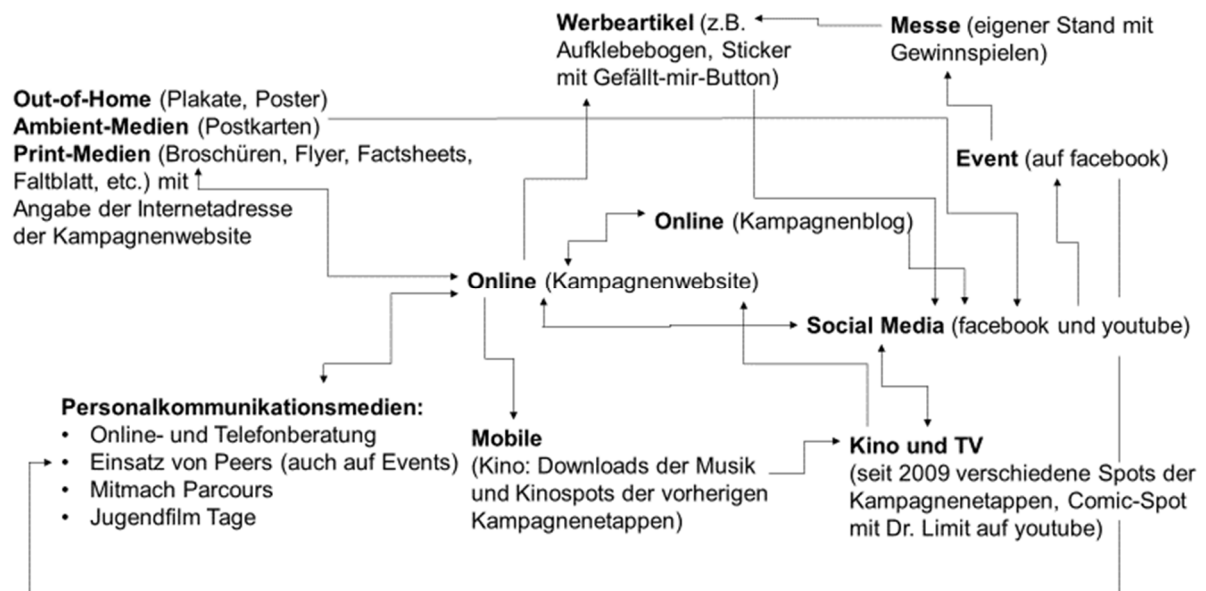


Abbildung 16: Crossmediale Verknüpfung – Mechanik (Quelle: Eigene Darstellung)

6.7 Evaluation

Die Evaluation erfolgt anhand von Effizienzparametern und Marktforschungsmethoden. Die BZgA führt umfangreiche Tests und Evaluationen aller Maßnahmen durch, um die Kampagne fortlaufend zu optimieren. Bei der vorliegenden Kampagne handelt es sich um eine komplexe „Mehr-Ebenen-Konzeption“ zur Prävention von Alkoholkonsum. Die mit der Kampagne verfolgten Ziele werden versucht durch Zwischenschritte und Teilziele zu erreichen. Klassische Massenmedien sind mit internetbasierten Medien (Online) und Personalkommunikationsmedien miteinander verknüpft. Um die Kampagne bewerten zu können, muss man daher mehrere Ebenen betrachten. Allein durch das Zusammenwirken der Maßnahmen kann eine Verhaltensänderung der Zielgruppe im Umgang mit Alkohol aufgezeigt werden. Es sind hier zwei Evaluationsebenen zu betrachten, zum einen die Wirkung der Einzelmaßnahmen, wie z.B. Plakatmotive, Kino- und TV-Spots oder

personalkommunikative Maßnahmen und die Wirkung der Gesamtkampagne. Die Wirkung der Einzelmaßnahmen wird durch einzelne empirische Studien untersucht. Anhand von Pre-Tests (dt. Vor-test) werden Einzelmaßnahmen vor ihrem Einsatz detaillierten Zielgruppentests unterzogen. Es wird geprüft, wie die Botschaft wahrgenommen, akzeptiert, verstanden und das Wissen ausreichend vermittelt wird. Nur wenn dies vorliegt, können die einzelnen Medien die Wirkung erzeugen und im gewünschten Sinne verhaltenswirksam werden. Eine aktuelle Evaluation geht über die Verwendung des facebook-Kanals der jungen Zielgruppe. Durch die Verwendung der vermehrten Social-Media-Aktivitäten der jungen Zielgruppe wird ihre Erreichung erschwert. Seit Juni 2017 geplant bis Oktober 2018 findet von der technischen Universität Ilmenau eine Evaluation des facebook-Kanals „ALKOHOL? Kenn dein Limit.“ der BZgA statt. Das Ziel ist eine bessere Zielgruppenansprache durch das Optimieren des facebook-Kanals, um ihn für die Zielgruppe attraktiver zu machen. Durch regelmäßige im Kampagnenverlauf durchgeführte Repräsentativbefragungen, so genannte „Alkohol-surveys“ (Marktforschungsmethode), der Zielgruppe wird die Gesamtkampagnenwirkung erhoben. Die Zielgruppe der Kampagne kann so in ihrer Veränderung in Wissen, Einstellung und Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol bundesweit analysiert werden. Die Erreichung der Ziele wird anhand des Rückgangs regelmäßigen und riskanten Alkoholkonsums, sowie dem Rückgang des Rauschtrinkens („Binge Trinkens“) gemessen. Durch Studien über Qualitätsentwicklung und Maßnahmenevaluation wird dies unterstützt. Die regelmäßig im Rahmen der Kampagne durchgeführte bundesweite Repräsentativbefragung im Jahr 2016 von 7.003 Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 12 bis 25 Jahren ergab, dass regelmäßig weniger Alkohol konsumiert wird. 13,5 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen gaben an einmal im Monat in einem Rausch getrunken zu haben, im Jahr 2004 waren es noch 22,6 %. Ein Rückgang von regelmäßigem hohem Alkoholkonsum zeigt sich auch bei der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren mit 30,7 %. 42,5 % der männlichen jungen Erwachsenen und 22,6 % der weiblichen jungen Erwachsenen gaben an mindestens einmal im Monat sich im Alkoholrausch getrunken zu haben (Vgl. Reker 2017). Die Kampagne kennen, vor allem aufgrund von internetbasierten Medien, Social-Media-Aktivitäten, Out-of-Home-Medien, Spots und Peer-Einsätzen, zwei Drittel der Befragten (Vgl. BZgA 2017). Es bekunden immer mehr ein Interesse an mehr Information über die Risiken von zu hohem Alkoholkonsum. Der Alkoholkonsum liegt trotz guter Aufklärungsarbeit, jedoch weiterhin auf einem hohen Niveau. Entsprechend dieser Ergebnisse wurde die Kampagne neu im Comic-Stil überarbeitet, um die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit neuen Impulsen besser zu erreichen und sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu motivieren. Dabei wurden die Comic-Motive bewusst gewählt, da es sich aus früheren Studien gezeigt hatte, dass Schockbilder bei der jungen Zielgruppe meist zu Abwehr führen und sie sich so nur begrenzt angesprochen fühlen. „Folgende Hypothesen wurden entwickelt: Inhalte werden weniger akzeptiert, wenn sie nicht nah an der Lebenswelt Jugendlicher sind“ (Linden 2016, S. 68). Nach Brettschneider dürfen die Bilder nicht zu weit von der eigenen Welt entfernt sein, da sonst schnell ein Gefühl aufkommt nicht selbst betroffen zu sein, sondern nur die Anderen (Vgl. Füssler 2014, S. 2). Nach der Theorie der „aktiven Informationssuche“, bezogen auf die Kampagne, besteht die Aufmerksamkeit der Zielgruppe nur, wenn diese das Thema Alkohol auch als gegenwärtig problematisch ansieht.

7 Kampagne innerhalb der Betriebe: Die Aktionswoche „Alkohol? – Weniger ist besser!“

Die betriebliche Suchtprävention gehört seit langem zur Personalpolitik der meisten Unternehmen. Betriebliche Alkohol- oder Suchtprogramme sensibilisieren die Arbeitnehmer über das Thema Alkohol und seine Gefahren und Risiken. Nicht erst, wenn ein Arbeitnehmer alkoholabhängig ist, hat dies direkte Folgen für die Arbeitswelt. Die Arbeitnehmer leisten auch bei gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum weniger und das Betriebsklima wird belastet. Für die meisten Betriebe gilt daher kein Alkohol am Arbeitsplatz. Entweder ist dies kollektiv in einer Betriebsvereinbarung festgelegt oder individuell in Arbeitsverträgen vereinbart (siehe 4.4 Gesetzliche und betriebliche Regelungen). Die von der DHS bundesweit durchgeführte Aktionswoche Alkohol wird von vielen Betrieben für betriebliche Aktionen zur Alkoholprävention genutzt. Seit 2007 findet diese alle zwei Jahre statt. In diesem Jahr 2017 war sie vom 13. bis 21. Mai und stellte schon die sechste Aktionswoche dar. Es handelt sich hierbei um eine freiwillige, auf Bürgerengagement und Selbsthilfe basierende, Präventionskampagne. Sie wird von der DHS geplant, veranstaltet und koordiniert. Die Botschaft der Kampagne lautet „Alkohol? Weniger ist besser!“. Sie wurde 2015 um den Leitspruch „Alkohol nicht am Arbeitsplatz, sowie Alkohol nicht im Straßenverkehr.“ ergänzt. 2017 war das Schwerpunktthema „Kein Alkohol unterwegs!“. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist Schirmherrin. Gefördert wird die Aktionswoche von der BARMER GEK (Gruppe der Ersatzkassen), sowie dem deutschen Rentenversicherungsbund (DRV). Weitere wichtige Stakeholder sind unter anderem die Gesundheitsministerien der Länder, Landesstellen für Suchtfragen, Landeszentralen für Gesundheit und regionalen Netzwerken der Suchthilfe und -prävention, der deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR), die DGUV, die Stiftung Bahn Sozialwerk (BSW), der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, die Deutsche Krebshilfe und der Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr (BADS). Die Aktionswoche Alkohol ist in vielen Medien präsent. 49 % haben die Aktionswoche Alkohol in den Medien wahrgenommen (Vgl. DHS 2015). Die Aktionswoche Alkohol richtet sich allgemein an alle Menschen, die Alkohol trinken. Neben der allgemeinen Bevölkerung kommt den Arbeitnehmern, als Zielgruppe, ein hoher Stellenwert zu. Die Kampagnenkonzption der Aktionswoche Alkohol beruht auch auf dem „Mehr-Ebenen-Konzept“. Es werden Massenkommunikations-, Online- und Personalkommunikationsmedien eingesetzt. Die DHS unterstützt die Veranstalter bei der Durchführung der Aktionswoche Alkohol, indem sie Informations- und Veranstaltungsmaterial bereitstellt und eine telefonische Beratung (Hotline) anbietet. Die Homepage der Aktionswoche (www.aktionswoche-alkohol.de) ist dazu die Schnittstelle. Auf ihr können sich die Veranstalter und Interessierten zum aktiven Mitmachen anmelden. Über sie läuft zusätzlich die kostenfreie Materialbestellung, sowie Informationen und Veröffentlichung der Termine für Veranstalter und Besucher. Es werden auch virtuelle Materialien, z.B. Logos, Internet-Banner, E-Mail Signaturen und Anzeigenvorlagen, für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung gestellt. Die Aktionswoche Alkohol ist weiterhin auf der Social-Media-Plattform facebook präsent. Die zahlreichen freiwilligen Aktiven fungieren als Botschafter. Sie sprechen die Menschen direkt an, um diese zur Eigenreflexion über ihren eigenen Alkoholkonsum zu bewegen. Die von ihnen geplanten Aktionen finden z.B. in Fußgängerzonen, Einkaufszentren, Kliniken, Apotheken, Sportvereinen, Hochschulen, Kirchen, aber gerade auch in den Betrieben, statt. Die Zielgruppe wird so durch die verschiedenen „Settings“ bestmöglich erreicht. Die Botschafter verteilen passendes Informationsmaterial zur Aufklärung über die Gefahren und Risiken von Alkohol. Dazu gehören z.B. Plakate, Z-Card „Selbsttest“ als ein kleines Wissenspaket in

Checkkartenformat, Haftnotizblöcke, Leitfadenkarte, sowie verschiedene Flyer, Broschüren und Factsheets. Zugeschnitten auf die Arbeitswelt gibt es speziell einen Flyer und eine Broschüre „Alkohol am Arbeitsplatz“ und ein Factsheet „Alkohol im Betrieb“. Als weitere Kommunikationsinstrumente kommen Rauschbrillen-Parcours (Aktionstag „Alkoholfrei“), Stimmungsbarometern und Infoveranstaltungen in Beratungsstellen zum Einsatz. Dadurch soll es zu einem aktiven Gesprächsaustausch kommen. Um nachhaltig die Botschaft „Alkohol? Nicht im Straßenverkehr!“ zu vermitteln, wurde ein Kurzfilm „Nachtschlüssel“ auf öffentliche Infoscreens und deutschlandweit in U-Bahnen geschaltet. Die Online-Evaluation der Aktionswoche Alkohol im Jahr 2015 ergab, dass 17 % der Veranstalter aus dem Setting „Betrieb“ kamen (Vgl. DHS 2015). „[...] 40 % der Veranstalter haben Mitarbeitende im Betrieb als Zielgruppe genannt [...]“ (DHS 2015). Von den Befragten hielten 80 % die Ergänzung des Mottos um „Alkohol? Nicht im Straßenverkehr!“ und „Alkohol? Nicht am Arbeitsplatz!“ für sinnvoll (Vgl. DHS 2015). Die Aktionswoche Alkohol bietet für die Unternehmen eine Möglichkeit auf die Problematik von Alkoholkonsum am Arbeitsplatz aufmerksam zu machen.



Abbildung 17: Die Aktionswoche Alkohol 2019 „Alkohol? - Weniger ist besser!“ (Quelle: DHS 2017)

8 Schlussbetrachtung: Handlungsempfehlungen, Erfolgsfaktoren und Zukunftsperspektiven

Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch den Alkoholkonsum verursacht werden, sind in Deutschland sehr hoch. „[...] Deutschland [weist] den neunthöchsten Alkoholkonsum unter 40 Mitglieds- oder Partnerländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) auf“ (John/Hanke/Meyer/Feyer-Adam, S. 37). Ein leichter Rückgang des Alkoholkonsums ist zwar zu verzeichnen, dennoch konsumierte jeder Bürger in Deutschland im Jahr 2014 9,6 Liter (Vgl. John/Hanke/Meyer/Freyer-Adam 2016, S. 39). Alkoholkonsum hat, wie Tabakkonsum, neben dem hohen Risiko für Krankheiten, auch ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Es herrscht in Deutschland eine Normenbildung vor, die den Konsum von Alkohol begünstigt. Alkohol ist hier zu Lande eine legale Droge. Die Hersteller von alkoholischen Getränken setzen zudem zunehmend auf neue Produkte aus Alkohol mit Süßgetränken und Koffein, um gerade bei der jungen Zielgruppe Aufmerksamkeit zu erlangen. Diese Mischgetränke können insbesondere den Einstieg in den Alkoholkonsum begünstigen. „Der hohe Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist im Kontext des weit verbreiteten Konsums in der Gesellschaft insgesamt zu betrachten“ (Goecke 2013, S. 215). Um den Alkoholkonsum zu reduzieren, ist eine Alkoholpolitik erforderlich, die darauf abzielt, die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern, um so einer Suchtgefahr vorzubeugen. „Grundsätzlich kann Suchtprävention – und damit auch Alkoholprävention – die größte Wirkung entfalten, wenn Instrumente der Verhältnis- und Verhaltensprävention in Kombination eingesetzt werden“ (Goecke 2013, S. 216). Ziel der Verhältnisprävention ist es soziale und strukturelle Veränderungen zu bewirken (Vgl. Goecke 2013, S. 216). Als geeignete Mittel zur Verhältnisprävention gelten hierzu z.B. Steuererhöhungen, Gesetze und Regelungen bezüglich der Verfügbarkeit (Zeit und Ort der Erhältlichkeit), Maßnahmen zur Vermeidung von Alkohol im Straßenverkehr und dem JSchG. Ein Werbeverbot von alkoholischen Getränken, wie bei der Tabakwerbung, könnte auch dazu positiv beitragen. Es sind weitere Regelungen im Hinblick auf den Alkoholkonsum erforderlich, die alkoholische Getränke als gefährliches Produkt ansehen. Die DHS schlägt daher kein Alkohol unter 18 Jahren vor. „Unter Verhaltensprävention versteht man dagegen präventive Maßnahmen, die auf der Verhaltensebene der gesamten Bevölkerung (universalpräventiv) oder von Teilzielgruppen (selektiv, indiziert) wirken (Mrazek, Haggerty, 1994)“ (Goecke 2013, S. 216). Das Ziel muss sein, dass Alkohol als gefährliches Produkt in der gesamten Bevölkerung angesehen wird und sie über die Risiken und Gefahren von Alkohol ausreichend aufgeklärt sind und diese nicht unterschätzen. Seit 2015 gilt als nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Zur Erreichung dieses Ziels bedarf es weiterhin Kommunikationskampagnen zur Prävention gegen Alkohol und für die Aufklärung über die Gefahren und Risiken von Alkohol. Durch die durchgeführte Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der BZgA ist das Problembewusstsein in der Gesellschaft gestiegen. „In Verbindung mit weiteren Maßnahmen der Alkoholprävention kann die Kampagne ohne Frage einen wichtigen Beitrag zur Förderung eines verantwortungsvollen und kritisch-distanzierten Umgangs mit Alkohol in Deutschland im Jugendalter leisten“ (Goecke 2013, S. 231). Für die Zukunft ist wichtig, dass die gesellschaftliche Notwendigkeit (Problem, Ziel/-gruppe und Botschaft) der Anliegen der jeweiligen Kommunikationskampagnen in der Gesellschaft an Akzeptanz und Relevanz gewinnt. Eine aktive Medienarbeit und eine Abstimmung mit allen Stakeholdern sind erforderlich. Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich müssen den Megatrend „Gesundheit“ für sich effektiv nutzen, um so auch in der Arbeitswelt die Problematik zu lösen.

Literaturverzeichnis

Monografie

ARONSON, Elliot/WILSON, Timothy/AKERT, Robin (2014): Sozialpsychologie, 8. Auflage, Hallbergmoos.

BADURA, Bernhard/WALTER, Uta/HEHLMANN, Thomas (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg.

BODE, Katharina/MAURER, Friederike/KRÖGER, Christoph (2017): Arbeitswelt und psychische Störungen, Göttingen.

BONFADELLI, Heinz/FRIEMEL, Thomas N. (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen, 2. Auflage, Konstanz.

BRAUN, Martin (2004): Unternehmensstrategie Gesundheit. Konzepte für einen zeitgemäßen Arbeitsschutz, Renningen.

BRUECK, Rigo/MANN, Karl (2007): Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen [mit CD-ROM Arbeitsblätter und 17 Therapeuten-Checklisten], Köln.

BRUHN, Manfred (2015): Kommunikationspolitik. Systematischer Einsatz der Kommunikation für Unternehmen, 8. Auflage, München.

DEGER, Johannes (2012): Grundrechte, 3. Auflage, Altenberge.

FRANKE, Alexa (2017): Modelle von Gesundheit und Krankheit, 3. Auflage, Bern.

FRÖHLICH-GILDHOFF, Klaus/RÖNNAU-BÖSE, Maike (2015): Resilienz, 4. Auflage, München.

GOSTOMZYK, Johannes Georg (2009): Alkohol im Unternehmen. Vorbeugen – erkennen – helfen, 3. Auflage, München.

GRAF VON BERNSTORFF, Andreas (2017): Einführung in das Campaigning, 2. Auflage, Heidelberg.

HURRELMANN, Klaus/RICHTER, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, 8. Auflage, Weinheim/Basel.

LINDENMEYER, Johannes (2005): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, 2. Auflage, Göttingen.

MAHRDT, Niklas (2009): Crossmedia. Werbekampagnen erfolgreich planen und umsetzen, Wiesbaden.

MEFFERT, Heribert/BURMANN, Christoph/KIRCHGEORG, Manfred (2015): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, 12. Auflage, Wiesbaden.

MONTJOIE, Bernd/BENGELSDORF, Peter (2002): Suchtmittel und ihre Auswirkungen im Arbeitsleben. Am Beispiel Alkohol, 2. Auflage, Münster.

NEUNER, Ralf (2016): Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, 2. Auflage, Wiesbaden.

PIETZCKER, Dominik (2016): Kampagnen führen. Potenziale professioneller Kommunikation im digitalen Zeitalter, Wiesbaden.

POLLAK, Kurt (1998): Knaurs großes Gesundheitslexikon. Ein Ratgeber für Gesunde und Kranke, 4. Auflage, München.

ROSENBROCK, Rolf/GERLINGER, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Bern.

SOYKA, Michael/KÜFNER, Heinrich (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie, 6. Auflage, Stuttgart.

SPICKER, Ingrid/SCHOPF, Anna (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste, Wien.

TERNÈS, Anabel/KLENKE, Benjamin/JERUSEL, Marc/SCHMIDTBLEICHER, Bastian (2017): Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Sensibilisierungs-, Kommunikations- und Motivationsstrategien, Wiesbaden.

UHLE, Thorsten/TREIER, Michael (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, 3. Auflage, Berlin/Heidelberg.

Sammelband

HOFFMANN, Stefan/SCHWARZ, Uta/MAI, Robert (Hrsg.) (2012): Angewandtes Gesundheitsmarketing, Wiesbaden.

PFANNSTIEL, Mario A./MEHLICH, Harald (Hrsg.) (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation, Wiesbaden.

Artikel aus Sammelband

ALTGELD, Thomas/KOLIP, Petra (2007): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: HURRELMANN, Klaus/KLOTZ, Theodor/HAISCH, Jochen (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2. Auflage, Bern, S. 41-50.

DONGES, Patrick (2009): Politische Kampagnen. In: RÖTTGER, Ulrike (Hrsg.) (2009): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit, 4. Auflage, Wiesbaden, S. 135-148.

FASELT, Franziska/HOFFMANN, Stefan/HOFFMANN, Sandra (2010): Theorien des Gesundheitsverhaltens. In: HOFFMANN, Stefan/MÜLLER, Stefan (Hrsg.) (2010): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention, Bern, S. 15-34.

GOECKE, Michaela (2013): Effektive Nutzung von (neuen) Medien in der Suchtprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am Beispiel der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“. In: MARKS, Erich/STEFFEN, Wiebke (Hrsg.) (2013): Neue Medienwelten – Herausforderungen für die Kriminalprävention?. Ausgewählte Beiträge des 16. Deutschen Präventionstages 2011, Mönchengladbach, S. 213-233.

GROSSHANS, Martin/THOMS, Edelhard/MANN, Karl (2016): Spezifische Substanzen Alkohol. In: BATRA, Anil/BILKE-HENTSCH, Oliver (Hrsg.) (2016): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, 2. Auflage, Stuttgart, S. 94-116.

HALLMAIER, Roland (2005): Auswirkungen des Alkoholkonsums in Betrieben und im Straßenverkehr. Alkohol im Betrieb. In: V. SINGER, Manfred/TEYSEN, Stephan (Hrsg.) (2005): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen Diagnostik Therapie, 2. Auflage, Heidelberg, S. 521-531.

HAPKE, Ulfert/RUMPF, Hans-Jürgen/JOHN, Ulrich (2002): Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen. In: MANN, Karl (Hrsg.) (2002): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Lengerich, S. 46-58.

JOHN, Ulrich/HANKE, Monika/MEYER, Christian/FREYER-ADAM, Jennis (2016): Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen. Alkohol. In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (Hrsg.) (2016): Jahrbuch Sucht 2016, Lengerich, S. 37-54.

LEHNER, Birgit/KEPP, Jolanthe (2016): Daten, Zahlen und Fakten. In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (Hrsg.) (2016): Jahrbuch Sucht 2016, Lengerich, S. 9-35.

LEPPIN, Anja (2007): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: HURRELMANN, Klaus/KLOTZ, Theodor/HAISCH, Jochen (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2. Auflage, Bern, S. 31-40.

LÄNGLE, Gerhard/GÜNTNER, Arthur/MANN, Karl: Alkoholismus im Betrieb – was tun?! (1995). In: MANN, Karl/BUCHKREMER, Gerhard (Hrsg.) (1995): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Essen, S. 155-159.

WELBRINK, Andrea/FRANKE, Alexa (2010): Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenese-modell in der Suchtforschung. In: WYDLER, Hans/KOLIP, Petra/ABEL, Thomas (Hrsg.) (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, 4. Auflage, Weinheim/München, S. 43-55.

WIENBERG, Günther (2002): Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health-Perspektive. In: MANN, Karl (Hrsg.) (2002): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Lengerich, S. 17-45.

Artikel aus Fachzeitschrift

ANDERSON, Peter (2011): Themenschwerpunkt Policy Implications of the WHO Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice, Jg. 57, Nr. 02, (2011), S. 85-98.

GARBUSOW, Maria/FRIEDEL, Eva/ SEBOLD, Miriam/BECK, Anne/HEINZ, Andreas/SMOLKA N., Michael (2013): Themenschwerpunkt Wege in die Abhängigkeit. Studiendesign zu Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Journal of Addiction Research and Practice, Jg. 59, Nr. 04, (2013), S. 187-199.

LINDEN, S. (2016): Beitrag der Social Media-Kommunikation zur universellen Primärprävention des riskanten Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Sucht. Programm und Abstracts Deutscher Suchtkongress 2016, Jg. 62, Nr. 01, (2016), S. 68.

MANN, Karl/BATRA, Anil/HOCH, Eva/LEITLINIENGRUPPE (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Sektion Suchtmedizin des Universitätsklinikums Tübingen Psychiatrische Klinik der Universität München und Mitglieder der Leitliniengruppe) (2017): S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. In: Sucht. S3-Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Abstinenz nach stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung für Alkoholabhängige. Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und alkoholbezogenen Störungen bei Studierenden und weitere Beiträge, Jg. 63, Nr. 01, (2017), S. 7-23.

Artikel aus Zeitungen

FÜSSLER, Claudia (2014): Vom tieferen Sinn der peinlichen Plakate Wie dämlich ist das denn?. Schockbilder bringen gar nichts. In: Frankfurter Allgemeine Wissen vom 24.08.2014, S. 1-3, www.faz.net/aktuell/wissen/werbepsychologie-und-gesundheitliche-aufklaerung-13112147-p2.html (25.12.2017).

Website mit Autor

BISCHOF, Gallus/HUTTERER, Christine (2015): Alkohol Basisinformationen Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinfo_Alkohol.pdf (21.12.2017).

GOECKE, Michaela (2012): Substanzspezifische versus substanzunspezifische Suchtprävention – Die Ansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/...2012/Goecke_DHS_Nov_2012.pdf (23.12.2017).

GROSSMANN, Beate (2013): Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (bvpg) Jahrbuch Sucht 2013 der DHS erschienen Suchtproblem Nr. 1: Tabak und Alkohol – Effektivere Prävention angemahnt. www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=9267&t=Jahrbuch+Sucht+2013+der+DHS+erschienen (27.12.2017).

KRING, Friedhelm (2013): Alkohol, Drogen und Medikamente am Arbeitsplatz – Wie reagieren?. www.arbeitssicherheit.de/themen/arbeitssicherheit/detail/alkohol-drogen-und-medikamente-am-arbeitsplatz-wie-reagieren.html (29.12.2017).

RAISER, Peter/BARTSCH, Gabriele (2014): DHS Factsheet Alkohol am Arbeitsplatz. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/.../Factsheets/2014_Alkohol-am-Arbeitsplatz.pdf (21.12.2017).

RAISER, Peter (2017): Pressemitteilung DHS Jahrbuch Sucht 2017 Daten und Fakten. www.docplayer.org/52294821-Pressemitteilung-dhs-jahrbuch-sucht-daten-und-fakten-berlin-hamm-11-april-2017.html (23.12.2017).

REDAKTION GESUNDHEIT/BEWEGT B2B (2015): Demografischer Wandel – Herausforderung und Chance für BGM. www.bgm-manufaktur.de/chance-demografischer-wandel-bgm/ (21.12.2017).

REKER, Stefan (2015): BZgA Pressemitteilungen Echte Freundschaft braucht keinen Alkohol BZgA stellt Neuheiten der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ vor. www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2015/0519-neuheiten-der-bzga-kampagne-alkohol-kenn-dein-limit/ (25.12.2017).

REKER, Stefan (BZgA) (2017): BZgA Pressemitteilungen Für immer mehr Jugendliche gilt „Alkohol? Kenn dein Limit.“ Neue BZgA-Daten: Alkoholkonsum junger Menschen rückläufig. www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/?nummer=1132 (23.12.2017).

SCHMIDT, Rico (2010): Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz „Alkohol? Kenn dein Limit“ Aufklärungskampagne der BZgA auch in Hamburg. www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/2232856/2010-04-29-bsg-alkohol-kenn-dein-limit/ (25.12.2017).

Website ohne Autor

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (Hrsg.) (2015): Alkohol? Kenn dein Limit. Kampagnen-Relaunch bei „Alkohol? Kenn dein Limit.“. www.kenn-dein-limit.info/news/artikel/kampagnen-relaunch-bei-alkohol-kenn-dein-limit.html (25.12.2017).

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (Hrsg.) (2016): Alkohol? Kenn dein Limit. Eine Wanne voll Alkohol. www.kenn-dein-limit.de/alkohol/weltdrogentag-alkoholkonsum/ (23.12.2017).

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (Hrsg.) (2017): Alkohol? Kenn dein Limit. Die Peers. www.kenn-dein-limit.info/die-peers.html (23.12.2017).

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (Hrsg.) (2017): Alkohol? Kenn dein Limit. Downloads & Co. Materialien. www.kenn-dein-limit.info/downloads-co/materialien.html (23.12.2017).

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (Hrsg.) (2015): Aktionswoche Alkohol 2015 Evaluationsergebnisse. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2015-12-09_Evaluation_AWA15.pdf (23.12.2017).

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (Hrsg.) (2016): Aktionswoche Alkohol 2017 Zahlen und Fakten. www.aktionswoche-alkohol.de/fakten-mythen/zahlen-und-fakten/ (23.12.2017).

DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (DKFZ.) IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT (Hrsg.) (2017): Alkoholatlas Deutschland 2017. www.dkfz.de/de/.../download/.../Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf (23.12.2017).

ECON FORUM (Hrsg.) (2017): Prävention Alkohol? Kenn dein Limit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. www.econforum.de/beitraege/econ-awards/2017/pr-hr-projekte-und-kampagnen/praevention-alkohol-kenn-dein-limit (23.12.2017).

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG (PKV) (2013): PKV Publik 9.2013 Kenn dein Limit. www.pkv.de/service/pkv_public/archiv/2013/pkv-public-nr-09-2013/kenn-dein-limit/ (25.12.2017).

Anlagen

Die wichtigsten Organisationen und Verbände zu 3.6

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (AA): 84177 Gottfrieding-Unterweilnbach, Waldweg 6, Tel. (0 87 31) 3 25 73 - 0, Fax (0 87 31) - 3 25 73 - 20, E-Mail: aa-kontakt@anonyme-alkoholiker.de, www.anonyme-alkoholiker.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V. (BKE): 44141 Dortmund, Julius-Vogel-Straße 44, Tel. (02 31) 5 86 41 32, Fax (02 31) 5 86 41 33, E-Mail: bke@blaues-kreuz.org, www.blaues-kreuz.org

Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (BKD): 42289 Wuppertal, Freiligrathstraße 27, Tel. (02 02) 6 20 03 - 0, Fax (02 02) 6 20 03 - 81, E-Mail: bkd@blaues-kreuz.de, www.blaues-kreuz.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): 51109 Köln, Ostmerheimer Straße 220, Tel. (02 21) 89 92-0, Fax (02 21) 89 92 - 300, E-Mail: poststelle@bzga.de, www.bzga.de

Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband: 79104 Freiburg, Karlstraße 40, Tel.: (07 61) 20 03 - 363, Fax (07 61) 20 03 - 50, E-Mail: casu@caritas.de, www.caritas-suchthilfe.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): 59065 Hamm, Westenwall 4, Tel. (0 23 81) 90 15 - 0, Fax (0 23 81) 90 15 - 30, E-Mail: info@dhs.de, www.dhs.de

Deutscher Guttempler-Orden (I.O.G.T.) e.V.: 20097 Hamburg, Adenauerallee 45, Tel. (0 40) 24 58 80, Fax (0 40) 24 14 30, E-Mail: info@guttempler.de, www.guttempler.de

Fachverband Sucht e.V.: 53175 Bonn, Walramstraße 3, Tel. (02 28) 26 15 55, Fax (02 28) 21 58 85, www.sucht.de

Kreuzbund e.V. Bundesverband: Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige, 59065 Hamm, Münsterstraße 25, Tel. (0 23 81) 6 72 72 - 0, Fax (0 23 81) 6 72 72 - 33, E-Mail: info@kreuzbund.de, www.kreuzbund.de

Al-Anon-Selbsthilfegruppen für Angehörige und Freunde von Alkoholikern Al-Anon Familiengruppen, Alateen (für Kinder aus alkoholkranken Familien): 45128 Essen, Emilienstraße 4, Tel. (02 01) 7 73 00 - 7, Fax (02 01) 7 73 00 - 8, E-Mail: ZDB@Al-Anon.de, www.al-anon.de

Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. (BVEK): 48155 Münster, Dortmunder Straße 22-24, Tel. (02 51) 1 42 07 - 33, Fax (02 51) 1 42 07 - 55, E-Mail: info@bvek.org, www.bvek.de

Zu 3.7.1 Hierarchie der Therapieziele und Prinzipien der Behandlung

Zielhierarchie in der Suchtbehandlung (modifiziert nach Maslow 1954, Körkel 1988)

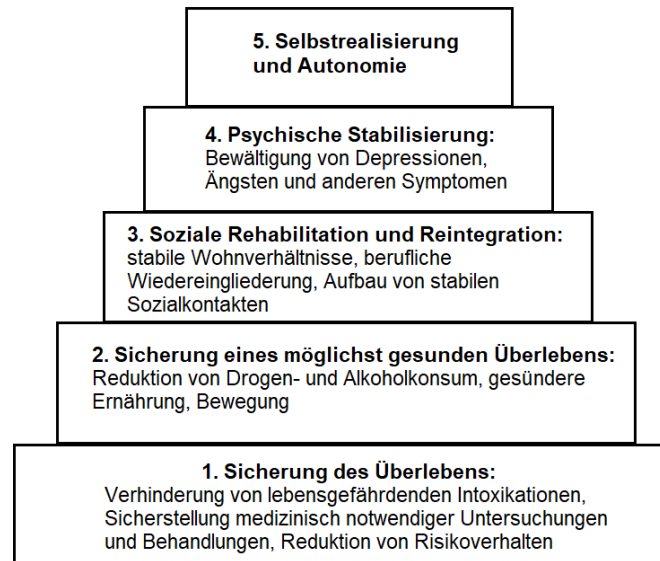


Abbildung 18: Zielhierarchie in der Suchtbehandlung (modifiziert nach Maslow 1954, Körkel 1988 (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Soyka/Küfner 2008, S. 315)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Mannheim, den 08. Januar 2018

Ort, Datum

Vorname Nachname